

# Jegyzőkönyvek

az „Erdélyi Múzeum-Egyesület“ orvostudományi szakosztályából.

Elnök : PURJESZ ZSIGMOND tanár.

Jegyző : KONRÁDI DÁNIEL dr.

## I. szakülés 1906. januárius 27.-én.

### 1. BÖHNER FERENCZ izomműködésének bemutatása.

*Hozzászólás:*

UDRÁNSZKY, HOOR és LECHNER tanárok hozzászólásai után MAKARA tanár emel szót.

A láták viselkedése narcosis közben megerősíti a LECHNER tanár fejtegetését. A narcosis mélysége arányában mind nagyobb területen szűnnek meg a reflexek, mind tökéletesebben szűnik meg az akaratlagos izmok tónusa is, ugyanezen arányban mind jobban szűkülnek és válnak végül merevvé a láták.

A láták ezen leírt viselkedése, a mint ismeretes, rendkívül fontos és megbízható ellenőrzője a bódulat mélységének. A megengedhető bódítás határokou belül a láták mérsékeltén szűkek és kis fokban még reagálnak, a minimálisan szűk és teljesen merev láta mutatja, hogy a bódulat elérte azon határt, honnét váratlanul bármely pillanatban a teljes bénultság, a lélegző és szívmozgató központok hűdöttsége állhat be, a mikor a szűk láta hirtelen kitágul és mereven tág marad.

Ezen az asphyxiával és synkopével járó látatágulattal szemben tudni kell, hogy a bódulat csökkenésekor is tágul a láta, mert a reflex hatások újra előállanak, de az ilyen ébredező látája nem merev, érverése és arcszíné mutatják a szívnműködés rendben létét.

### 2. MAKARA tanár. *Echinococcus strumae* esetét mutatja be.

Az echinococcus a paizs mirigyben általan olyan ritkán észleltetett, hogy csak elvéve találunk irodalmi adatokat. Így HENLE 1895-ben 21 esetet gyűjtött össze az irodalomból, melyek közül is csak 18-ban vannak biztos adatai az echinococcusnak, mig 3 eset

csak valószínűséggel számítható ide. Kilencz esetben volt lélegzési nehézség. Négy esetben a halál fulladás folytán következett be spontán, vagy az echinococcus hólyag perforatiója folytán a légcsőbe.

A paizs mirigy hypertrophiája csak egy esetben van följegyezve. Maga a betegség regressiv metamorphosis (elmeszesedés) útján spontán is gyógyulhat. A műtéti kezelés eredménye mindig sikeres volt. (Archiv f. klin. Chirurgie XLIX. 852. 1.)

Esetünk egy 48 éves asszonyra, M. I.-nére vonatkozik, ki előadja, hogy mérsékelt golyvája 24 éve megvan, kutya mindig volt a háznál és szeretett vele foglalkozni. Egy év óta golyvájának jobb fele elkezdett növekedni, 8 hónap óta rekedt, sokszor köhögés fogja el, mely hányingerig fokozódik. Fekvés vagy alvás közben néha fulladás lepi meg, úgy, hogy hirtelen fel kell ülnie.

A beteg mérsékeltlen fejlett, sovány. A paizsmirigy általán megnagyobbodott, de különösen jobb fele, mely az incisura sternitől a szakcsont magasságáig terjedő, egyenetlen felszinű, általán tömött összeállású, nehezen mozgatható daganatot képez. A jobb hangszálag teljesen bénult (hullaállásban, fonatióánál nem mozog.)

1905. december 21.-én végeztem a műtétet WITZEL-féle narcosisban. KOCHER-féle lebenyes metszés után a daganat kifejtetett, az art. thyreoides sup. és inf. dextra lekötöttem. A daganat medialis széle a trachea és oesophagus közé hatol, itt a tracheával szorosan összenőtt tömlőt mutat, mely a lefejtéskor megszakad és belőle víztiszta folyadék ömlik ki, belsőjében pedig az egyrekeszű echinococcus hólyag fekszik, fiók hólyagok nincsenek.

A műtéti seb decz. 27.-ére meggyógyult, a beteg lélegzése a műtét óta szabad, rokedtsége megmaradt. Januárius 1.-én távozott, most bemutatás végett jelentkezett. Az eltávolított ludtojásnagy paizsmirigyfélben erősen tág acinusok láthatók, melyek eosinnal élénk pirosra festődő colloid anyaggal vannak kitöltve és a melyek egyrétegű köbös hámmal vannak kibéllelve. Az echinococcut erősen megvastagodott kötőszövet veszi körül, mely kifejezett hyalinos degeneratiót mutat, mely elfajulás néhol egészen a hyalinos necrosisig fokozódik.

3. MÁTHÉ GÁBOR dr. előadása: „*A scarlatina chirurgica*“ czímen. (Megjelent a „Gyógyászat“ 1906. évf 6. számában.)

## II. szakülés 1906 februárius 3.-án.

1. Dr. MARKBREIT IRÉN bemutatásai:

a) Facialis hüdés.

b) Strabismus esete. (Megjelent a „Szemészeti Lapok“ 1906. 1. számában.)

Hozzászólnak UDRÁNSZKY és HOOR tanárok.

2. Dr. FABINYI RUDOLF bemutatása : Hypnosis hysteriás betegen.

H. B. 18 éves hajadon fél év óta gyakran, a napnak különböző óráiban, hirtelen, még ültében is elalszik. Az alvás  $1\frac{1}{2}$  óráig tart, a mi alatt felébreszteni nem tudják. Ha magától felébred, feje erősen fáj.

Családi terheltség van az apa részéről. Vizsgálatnál kitűnt, hogy súlyos hysteriával van dolga az előadónak. Hypo- és hyperaesthesiás területek a test felületén, gyorsan változó kedélyhangulat, kellemetlen közérzés, szédülés, főfájások, szív- és méhtáj erős érzékenysége, vasomotoros zavarok. Előadó hypnotikus gyógykezeléssel elég szép eredményeket ért el, a rohamok gyérültek, majd egészen elmúlni látszottak, de nagy lelki felindulások alkalmával ismét előállottak. Hogy sokszori altatással sem tudott tartós gyógyulást elérni, annak oka, legalább részben, az is, hogy figyelme a nála mind promptabban sikerülő hypnotikus, de különösen posthypnotikus jelenségek produkálására is igénybe vétetett.

Ezután sikerrel suggerálta a szakülés előtt a következőket: Bármely mozgás prompt teljesítése, szív működés gyorsítása és lassítása, menstruatio coupirozása, positiv hallucinációk, előre bemondott cselekedeteket órák múlva végrehajt, stb.

3. Dr. LUKÁCS HUGÓ: Hemianopsia esetet mutat be.

4. Dr. VERESS FERENCZ: „Az *acne juvenilis* kezeléséről“ czímen tart előadást. (Megjelent a „Budapesti Orvosi Ujság“ 1906. évf. 9. sz. mellékletében: Bőr- és bujakórtan.)

### III. szakülés 1906 februárius 10.-én.

1. BORBÉLY SAMU dr. (Torda): Cholecystotomia esetről referál és bemutatja a gyógyult beteget.

2. MAKARA tanár: Bemutatja azon fiatal beteget, kit az 1905 november 11.-én tartott szakülésen KOLOZSVÁRI SÁNDOR dr., mint *végbélcarcinomásat* már bemutatott.

M. K. 24 éves épületfestő. Öröklés ki nem mutatható. Négy hónap óta székrekedésben szenved, azóta széke véres, utóbbi időben véres-nyálkás-kenyes váladékkal kevert.

Másfél hónap óta székelés után mérsékelt fájdalmi vannak. Betegsége óta megsoványodott és elgyengült.

Gyengén táplált, mérsékeltlen fejlett, 165. cm magas, 49 klg. testsúlyú férfi beteg. Tüdők, szív, has fölött eltérés nincs. Vizelet rendes.

A végbélnyílás fölött 3 cm.-rel, az ampulla recti hátsó és bal oldalán egy forint nagyságú, kerek, felhányt és tömött szélű, kifehélyesedett terület tapintható. A végbél a környezettel nincs abnormisan összekapaszkodva. A *carcinoma recti* diagnosist a rectoromanoscopos vizsgálat is megerősíti.

*Műtét.* 1905 nov. 20.-án. A daganat mélyen kezdődő fekvése miatt a végbélnyílás körülmetszése és bevarrása után az egész végbélcső sacralis úton 20 cm. hosszúságban kimetszetik és anus sacralis képeztetik. Nyílt sebkezelés. A sebgyógyulás zavartalanul, de csak mostanára fejeződött be. A beteg végbélnyílása continens, miután most is székrekedése van és csak a rendszeres beöntés után van széke. Zavaró körülmény a betegnél, hogy műtét óta spontán vizelni nem tud s húgycsöve a katheter használat mellett 12 Ch.-ig megszűkült. Most még e miatt van kezelés alatt.

A görcsői vizsgálat szerint a daganat *adenocarcinoma*; teljesen hasonló szöveti szerkezetet mutat a daganattól távolabb fekvő diónyi nyirokmirigy, mely szükségessé tette a végebelet 20 cm. hosszúságban kiirtani.

Az eset a nem gyakori fiatalkori végbélrákok casuistikáját szaporítja; egyúttal megerősíti azon tapasztalatot, hogy a carcinomák fiatal korban aránylag korábban képeznek metastasist és általában rossz indulatúak.

3. Dr. VERESS FERENCZ: a) *Gonorrhoea externa* esetét mutatja be. Egy 21 éves fodrász másfél évvel ezelőtt gonorrhoeát acquirált, melynek folyamán a penis pars pendulája közepe táján periurethralis abscessusa keletkezett, melyet vidéken felváltak. Az így ejtett metszés két vége azonban nem gyógyult be, hanem azóta folytonosan genyezik. Jelenleg a mondott helyen két egymástól 1 cm.-nyire fekvő, vékony sondával átjárható 3 mm. mélységű menet látható. A nyílásokon nyomásra egy-egy gombostűfejnyi genyecsopp jelenik meg. Érdekes, hogy míg a húgycsőben csak egy postgonorrhoeás hurut van jelen, melynek váladéka sok hámsejtet, kevesebb genysejtet és a rendes húgycsőbacteriumú flórát tartalmazza, addig a két jelzett nyílásból kiürülő genyben számtalan intracellularis gonococcust lehet találni. Könnyen belátható, mekkora fontossága van az ilyen külső gonorrhoeának, melyet kevésbé intelligens betegek számba sem vesznek, hanem húgycső folyásuk megszűnése után egész nyugodtan végeznek nemi actusokat, miáltal úgy magukat, mint nőtársaikat fertőzés folytonos veszélyének teszik ki.

A kezelés vagy 2%-os lapisoldattal való gyakori kifecskendésből, vagy a menetek gyökeres kiirtásából, elroncsolásából áll.

Ezenkívül b) egy szép *trichophytia* (herpes tonsurans) esetét mutatta be.

4. VESZPRÉMI DEZSŐ dr. *Addison kór* esetéből származó készítményeket mutat be. Az erősen szívós, heges kötőszövetbe ágyazott, mindkét mellékvese teljesen elsajtosodott, a j. o.-nak közepe genyesen szétlágyult. Szövettani vizsgálatnál a folyamat gümőkórnak bizonyult, gümöbacillust is sikerült kimutatni. Érdekes az, hogy sehol másutt a szervezetben valamely gümős góczot nem lehetett találni s így az

eset aránylag a ritkábban előfordulók közé tartozik. Egyebekben az Addison kór tünetei közül különösen kifejezett volt a köztakarónak, pofák nyákhártyájának és nyelvnek sötét, szinte feketés festenyzettsége s a beteg nagy fokú gyengesége.

Hozzászóltak: HEVESI, PURJESZ, ELFER és UDRÁNSZKY.

5. MÁTHÉ GÁBOR dr. skarlatinás lamellosus hámlási készítményeket mutat be.

6. PURJESZ ZSIGMOND dr., tanár: Tüdővésztes esetről referál.

#### IV. szakülés 1906. februárius 17.-én.

1. Dr. HEGYI MÓZES *Dementia praecox stuporosa* gyógyult esetét mutatja be. Előadó említi, hogy az elmebetegségek jelentékeny százalékát a serdülő és fiatal korban hevenyen fellépő és gyors lefolyású butulás képezi. Régóta ismert betegség, s eleinte heveny butaság czimén szerepelt. Tudományos kutatása a múlt század derekán KAHLBAUM-mal kezdődik. KAHLBAUM és követői külön kórformákban foglalkoznak a kóralakkal, míg utóbb KRAEPELIN dementia praecox névvel egységes formába önti a kórképet. Ezen egység keretében a dementia mellett fennálló cardinalis tünetek alapján dementia praecox hebephrenika, dementia praecox katatonika és dementia praecox paranoides varietasokat különböztet meg. S habár KRAEPELIN szerint sem végleges definitiója ez a kóralaknak, mégis a legtöbb psihiater hozzá csatlakozik és KRAEPELIN szerint értelmezi a betegséget. LECHNER tanár a KRAEPELIN-féle varietasokhoz számítja még a dementia praecox stuporosat is, a stupor azon alakja után, a mely nem a katatonias tünetekkel kapcsolatosan, hanem épen az izmok atoniás állapotával karöltve dominálja a kóralakot. Ezeknek rövid előrebocsátását azért tartja szükségesnek előadó, mert a mint az eset ismertetéséből később ki fog derülni, a bemutatandó eset a KRAEPELIN-féle varietasok egyikébe sem osztható be. Az eset rövid vázolata a következő.

A. I. 17 éves g. k. fejrdi napszámosnő 1905 július hó 13.-án került a helybeli bőrgyógyászati klinikáról a helybeli ideg- és elme-gyógyászati klinikára. A bőrgyógyászati klinikán lues II. ellen anti luetikus gyógykezelés alatt állott, a honnan izgalmai miatt vált szükségessé az elme-gyógyászatra szállítása. Az elme-gyógyászaton bevitelétől kezdve öt hónapon keresztül elernyedtt izmokkal teljesen stupidus állapotban fekiüdt a beteg. Végtagjai akadály nélkül passive minden irányban mozgathatók voltak. Kérdésekre nem felelt, önmagától nem evett, orrváladéka és nyála folyt. Episodokban stereotypismus, negativismus és verbigerálás volt észlelhető nála. Reflexei eltérést nem mutattak.

Eleinte hat tour inunctió, utána állandóan jod kali adagolására, 5 hónap múlva a beteg jobban lett, megjött a munkakedve, tájé-

kozódott, haza kivánczozott s azóta mindig ép elméjűségének mutatja jeleit.

Tehát látható, hogy az izmok atoniás állapota mellett a stupor volt cardinális tünete a betegségnek, minélfogva dementia praecox stuporosa körjelvény illik reá.

2. Dr. STEIN LIPÓR három *neoplasmát* mutat be.

a) Az első egy 65 éves férfire vonatkozik, a kinél a jobb halántéktájon két évvel ezelőtt keletkezett kis esomóból lassú, fájdalomtalan növés után fejlődött, a jelenleg a jobb arczeletet elfoglaló felfelé a halántéktájjig, lefelé az állkapocs harántágáig, előre a pofa közepéig, hátra a fülkagyló hátsó széléig terjedő daganat. A borító bőr feszes, fénylő kékes-piros, erősen erezett, nem mozgatható, a tumor lapos, gombaszerű, kemény tapintatú, elmosódott határokkal bír, az alapja fölött csekély mozgást enged meg, a bőrben látszik ülni. A környéki nyirokmirigyek nem infiltráltak. A betegnek bajától okozott kedélyi depressióját leszámítva, általános állapota jó. A klinikai kép szerint e daganat egy malignus neoplasma, mindenek szerint sarcoma; excindált darabjának szövettani képe: igen sejtűs, nagyobbára sokszögű sejtekből álló, a bőr szöveteit egészen a fedőhámig infiltráló daganat szövet, hyalinosan degenerált kötőszöveti rostok. Kórisme: *Endothelioma sarcomatosum*. Ezek azok a daganatok, melyek közé sorozatnak azon dagok egy része, a miket régibb szerzők mint sarcoma alveolare, plexiforme, angiosarcoma és cylindroma jelöltek és sarcomának tartottak. Klinikai biztos jelek, melyek alapján az endothelioma a sarcomától és carcinomától meg volna különböztethető, nincsenek. Majd élesen elhatárolt, normális bőrrel fedett, hol kemény, hol lágy daganatok, majd meg, mint a bemutatott esetben, a cutis diffus, gombaszerű ujdonképletei. Régebben differentialis diagnostikailag jellegzetesnek tartották a mirigyek beszűremkedésének hiányát, mignem TANAKA-nak sikerült nagyobb számú eset pontos szövettani átvizsgálása alapján kimutatni, hogy a nyirkmirigyek secundarius úton megbetegedhetnek. A daganat kimetszése annak erős vérzékenysége miatt, a miről a próba excisionál győződöttünk meg, fog egyrészt nagyobb technikai nehézségekbe ütközni, míg az így előálló óriási defectus pótlása csak transplantatio útján másodlagosan lesz mindenek szerint kivihető.

b) A második eset egy 33 éves férfit illet, kinél két évvel ezelőtt keletkezett kis esomóból fejlődött a jelenleg ökölnyi, az állon lecsüngő ép bőrrel borított, a bőrben ülő, három esomóból álló, izomtapintatú, az alapja fölött jól mozgatható daganat, mely klinikai képe alapján egy *fibroma moluscum pendulum*, és szövettanilag a legfinomabb bőridegek kötőszövetéből kiinduló burjánzás, sejtgazdag finom rostú kötőszövet ujdonképződése. Néha sokszorosan fordulnak elő, mint multiplex bőrfibromák, melyek egyszer-egyszer elephantiasiticus

küllemet vesznek fel. A demonstrált eset operatiós eltávolítása semmi nehézséggel sem fog járn.

c) A harmadik daganat egy 12 éves leánygyermek mellén ül a középvonalban, születése óta áll fenn és lassan nőtt; jelenleg tyúktójasnyi, puha tapintatú, nem lebenyzett, jól mozgatható. A subcutis kötőszövetben ülő *dermoid*, genetikailag epithelcsirokknak heterotoposus elhelyeződése. A bemutatott eset a dermoidok egyik aránylag gyakoribb megjelenési helye, ritkábbak a mediastinalis dermoidok, melyek valószínűleg az ektodermából származó thymus fejlődési zavaraitól függnek, a medence sejtiszövetének dermoidjai magyarázhatók a WOLFF-féle vezeték képződéseiképpen. Sok esetben a biztos kórisme csak exstirpáció után állapítható meg.

3. MAKARA tanár: „A Strauss-féle „Recto-romanoscop“ bemutatása, megjegyzésekkel annak gyakorlati értékéről“ czímen tart előadást.

Előadásában utal a mulasztásokra, melyek a végbélvizsgálat elhanyagolásával még mindig történnek a gyakorlatban, pedig az esetek túlnyomó számában az egyszerű megtekintés és újjvizsgálat elégségesek a végbélbajok fölismerésére. A végbélrákok legnagyobb része újjal elérhető és így ideje korán felismerhető.

A hol azonban ezen egyszerű vizsgáló módszerek nem adnak kellő fölvilágosítást, mint a magasan székelő, aránylag ritkább végbélrákoknál is, ott a bimanuális tapintás és a recto-romanoscopia elengedhetetlen. A régi végbéltükrök hiányain sokat javítottak már a KELLY és OTIS rendszerű végbéltükrökkel is. A SCHREIBER ajánlotta térdmell-fekvésben ezekkel is sikerül az esetek nagyobb számában magasra bejutni és betekinteni. Ilyenek a WESENER és SONENKALB-féle üveg végbéltükrök is.

TUTTLE és H. STRAUSS a tükör magasra vezetését szükség esetén a végbél fölfújásával segítik elő. Ezen eljárás czélszerűségéről meggyőződik mindenki, a ki a recto romanoscopiával foglalkozik. Bemutatja a STRAUSS-féle recto romanoscopot és annak használatát. Az eszközt Budapesten először KELEMEN ISTVÁN mutatta be és ismertette a „Budapesti Orvosi Újság“ 1904 évi 12. számában.

A STRAUSS-féle eszköz szép képeket ad a végbél ép élettani viszonyairól is, úgy hogy csak az nyer helyes fogalmat a végbélről, a ki recto romanoscopiával foglalkozik.

A végbél az analis nyílástól a promontoriumig terjedő 25—35 cm. hosszú bélrész, melyet a boncztan pars perinealis — pars pelvina — (s. ampullaris) és colon pelvinumra oszt be.

Főleg a colon pelvinum betegségei azok, melyek fölismerésére a recto romanoscop nélkülözhetetlen.

Eddigi vizsgálatait számos ép végbélen kívül, körülübelül 20

haemorrhoidariusra, 4 carcinomásra, 1 haemangioma polyposumra és 1 arteriosclerosis miatt vérzőre vonatkoznak.

Nagyon tanulságos az *aranyeres csomóknál*, hogy a bántalom a pars perinealis felső határán pontosan megszűnik, a csomók a pars ampullarisban már nem mutatkoznak. Ez magyarázza a sebészeti beavatkozás radikális eredményét ilyenmő vérzések ellen.

Az ampullában székelő carcinomáknál a rectoromanoscop nem helyettesítheti a digitalis vizsgálatot; a mélyebb gyűrűs rákoknál pedig nem is használható. Ellenben egyik carcinoma esete a *magasan székelő* végbélrákokhoz tartozott, itt a rectoromanoscop nélkül a vérzés okát kideríteni nem lehetett. A 80 éves férfi beteg hónapok óta vérzett, a digitalis és bimanualis vizsgálat eredménye negatív volt, míg a rectoromanoscoppal látni lehetett a plica rectoromanán a vérző, carcinomás fekélyt.

Hasonlókép csak a magasra vezetett tükrövizsgálat derítette föl a fölsorolt arteriosclerosisban (és aorta tágulatban) szenvedő, ötvenes férfi betegnél, hogy a tartós, időközönként ismétlődő bélvérzések sem aranyeres csomóktól, sem rákos betegségtől nem származnak, hanem a colon pelvinum vérbő és vérzékeny nyálkahártyájából, fekélyedés nélkül. A diagnosist a további észlelés is megerősítette.

Vannak kétségkívül esetek, melyekben a rectoromanoscopia kivitele nehézkes; a beteg előkészítése daczára a betegbél váladéka és a vérzés is zavarhatják, sőt azon alkalomra lehetlenné teszik a vizsgálatot; mégis általan nagyon becses vizsgáló módszernek kell mondanunk a SERRAUSSE-féle rectoromanoscopyt. Sokszor már fontos a negatív lelet is, ha látjuk, hogy a végbél ép, a vérzés magasabbról származik; máskor a merev, a cső továbbtolását gátló nyálkahártya-redő látása megerősítheti a bimanualis vizsgálatból merített gyanút, a magasanülő végbélrákra.

Miután pedig e magasan ülő, rendszerint zsugorodó gyűrűs végbélrákok aránylag nem rossz prognosist adnak, ha idejében operáltatnak, kétszeresen fontos felhasználni mindazon módszereket, melyek a fölismerést lehetővé teszik.

Helyesen hangsúlyozza ROSENHEIM, hogy ha a sebészek a carcinomák gyógyításában az eredmények további javulását főleg a korai diagnosistól várják, kívánatos, hogy maguk is foglalkozzanak azon vizsgáló módszerekkel, melyek ezen korai diagnosist lehetővé teszik és igyekezzenek ezen módszereket tökéletesíteni,

## V. szakülés 1906 februárius 24.-én.

1. Dr. HEGYI MÓZES bemutat egy női elmebeteget, a ki 18 éves korában luect acquirált s a bőrgyógyászati klinikán gyógykezeltette magát, de a gyógyulás előtt félbeszakította a kurát, 21



éves korában butulni kezdett, dolgát elhanyagolta és kborló életet folytatott. E miatt került az elmegyógyászati klinikára, a hol fényes, merev és differens pupillák, dysarthria, nyelvbottlás, szótag kihagyás, fokozott remegés a nyelv és ujjakban, erős patellaris és Achilles inreflex, egyensúly ingadozás, csoszogó szélesalapú járás, tájékozatlanság, feledékenység, euphoria és nagyfokú butaság, mint a *dementia paralytica progressivának* előre haladt tünetei észleltettek és észlelhetők most is.

Bemutató az esetet mint a fiatalabb korban fellépő progressiv paralytist tartotta érdemesnek a bemutatásra.

2. Dr. Veszprémi Dezső staphylococcus pyaemia esetéből származó készítményeket mutat be. A fertőzés a jobb veséből származtatható, a mely feltűnő megnagyobbodása mellett igen súlyos pyelonephritis suppurativa képét mutatja. Ennek oka minden valószínűség szerint a hólyagban talált kő, illetőleg az ezáltal fontartott cystitisből felhágó úton a jobb vesének staphylococcusokkal való fertőzése lehetett. Bal vese teljesen hiányzott (aplasia), tehát a jobb vese erős megnagyobbodása hypertrophia compensatorica jelentőségével bír. Ugyanennél az esetnél másik fejlődési hibaként (agenesia) a j. tüdő részéről az alsó lebenyben körülírt területen veleszületett hörgtágulatot lehetett találni.

Hozzászól: Purjesz tanár. A nagy hőemelkedés mellett kiterjedt bronchitis tüneteit észlelte a klinikán. A bőrön néhány furunculus és vérömleny volt. Ezek a pyaemia gyanúját keltették fel. Midőn ezt az esetet a klinikán hallgatóinak bemutatta, a mondott tünetekhez még egy tünetesoport szegődött: t. i. epileptiformis görcsök, villámszerű összehúzódások és táglasok a szemrészen. Ez alatt elvesztette az eszméletét. A roham rövid időre szűnt, de új roham jelentkezett. Ilyen körülmények között arra lehetett gondolni, hogy miliaris tuberculosissal van dolgunk, a melynél ép úgy lehetnek finom szörtyzörejek és agyi tünetek is. Sikerült azonban a furunculuszokban és a venaepunctióval vett vérben staphylococcusokat kimutatni, a vizeletben sok geny és staphylococcusok, a köpésben is voltak staphylococcusok.

Tanulságos az eset anamnescticus szempontból is, mert két évvel előbb itt feküdt általános vizenyővel, skarlat nephritis után, a mely teljesen gyógyult. Tanulságos azért is, hogy az endocardiumon egészen friss elváltozásokat lehetett találni, a milyenekre pyaemiánál mindig el lehetünk készülvé.

## VI. szakülés 1906 márczius 3.-án.

1. Dr. Veress Ferencz:

a) *Atypikus másodlagos lueses exanthema* esetét mutatja be.

A 47 éves, nős kőműves mit sem tud infectiójáról. Ezelőtt 4 héttel vette észre, hogy testén kiütések, száájában sebek keletkeznek.

Jelen állapot: A mellen és végtagokon itt-ott ritkán, elszórtan, a hát bőrén azonban rendkívül nagy számmal polymorph efflorescentiákat látunk és pedig mákszemnyi és nagyobb kiemelkedő, kemény tapintatú, barnás-vörös follicularis papulákat, melyek részint egyenként, részint fillérnyi csoportokban, de leginkább újjbegynyi területen összefolyva mutatkoznak. A könyök- és térdhajlatban ettől a tyustól egészen eltérő nagy papulosus kivirágzások, a scrotumon és a glans penisen rendes nedvező, a szájrúben kifekélyesedett papulák láthatók. A bal szem conjunctivája egészben vörös színű, belővelt s a conjunctiva bulbi belső oldalán lencsényi papula ül.

Az eset a conjunctivalis papulától eltekintve is nagyon érdekes, a mennyiben egyidejűleg látunk betegünkön mikro- és makropapulosus syphilis exanthemát, legnagyobbbrészt atypikusan a hát bőrére lokalizálva.

b) *Endemiás syphilis* (kardalakú tibia) esete.

A syphilis folyamán keletkező csontbántalmak, mint ismeretes, már a legkorábbi időszakban felléphetnek, azonban nagyobb fontossága csak a *tertiarius* stadiumban mutatkozóknak van. Az esetek egy részében *osteoporosis* folytán a csontállomány ritkulása jöhet létre, a midőn ú. n. spontan-törések állhatnak elő. Legtöbbször azonban éppen ellenkezőleg a csontállomány tömörülését, a csontszövet *hyperplasiáját* észleljük, a midőn a csont egyúttal térfogatilag is erősen megnövekedhetik. Máskor gummosus folyamatok játszódnak le a csontban s lágyulás folytán elhaláshoz, *cariesképződéshez* vezetnek. E két utóbbi elváltozást észlelhetjük betegünkön, a kit a t. szakülésnek bemutatni óhajtok. Az 52 éves, gyengén táplált, vérszegény oláh parasztember, egy kolozsmegyei községből való, előadja, hogy kb. 15—16 éves korában egy szekér keresztül gázolt rajta, mely alkalommal mindkét alszára megsebesült. A sérülések igen lassan gyógyultak, miattuk katonának se vették be; sokat feküdt, sok fájdalmat szenvedett, de teljesen soha sem épült fel bajából, mert ha 1—2 évig be is gyógyultak lábai, a fájdalmak fennállottak s időnként lábai kisebesedtek, alszár csontjai már a sorozás előtt elgörbültek s azóta lábai mind nehezebbekké váltak. Ezelőtt 7 héttel a vasúti síneken elbotlott, bal lábát megütötte s azóta ismét kisebesedett.

Jelen állapota: Mindkét alszár feltűnően deformálódott. A tibia egészben megvastagodott, éle eltűnt s a helyett elül kb. 3 újjnyi vastag domború, dudoros felületűvé vált. Oldalról tekintve erősen görbül előre convex irányban. Ez a megvastagodás és előre való görbülés a bal végtagon kifejezettebb. Itt egyúttal a tibia mellső felén, az alszár középtáján két egymás fölött elhelyezett 4—5 cm. hosszú, szabálytalan alakú fekélyt látunk, melyek alakját a kb. fél-egész egy cm. mélységre kivájt csont alkotja.

Ebben az esetben tehát a tibia *hyperplasiájával*, (eburnatio) és *cariesével*, valamint következményes difformációjával állunk szemben.

Ilyen súlyos elváltozások az ú. n. *endemiás syphilisek* csoportjába tartoznak, melyek az intelligentia alacsonyabb fokán álló egyéneken, a baj fel nem ismerése és orvosi kezelés hiánya következtében állanak elő évek hosszú során át. Mindenesetre érdemes feljegyezésre, hogy ez a beteg már kb. 35 év óta szenved alszársyphilisben, s hogy ennyi idő múltán jutott csak megfelelő kezeléshez. Tudtommal igen ritkák az irodalomban azok az esetek, melyekben a syphilis ennyi idővel a fertőzés után még manifest tüneteket okozott.

Miután klinikánk betegállománya nagyrészt a környező oláh községekből és a havasok lakóiból kerül ki, a syphilis ilyen fokú pusztításait, ha nem is gyakran, de mégis elég tekintélyes számmal van alkalmunk észlelni.

Hozzászól: Dr. MARSCHALKÓ TAMÁS egyet. tanár.

Mióta az új betegápolási törvény életbe lépett, azóta ezek az esetek klinikánkon igen gyakoriak, mert nincs többé szükség arra, hogy a községi előjáróság az ily betegeket a kórházi költség fizetésétől való féltében otthon rejtegesse. Egyebekben ez az eset is szomorú példája annak, hogy mily rosszak a községi viszonyok Magyarországon sok helyen. Az endemiás syphilis otthonos Boszniában meg a Balkán többi részein; hogy nálunk is előfordul, nem nagyon felemelő. Tényleg a művelt nyugati népeknél ily súlyos eseteket igen ritkán találunk. Eddigi tapasztalásaink szerint, a melyeket megbízásomból VERESS dr. úr legközelebb publikálni fog, különösen a havasi oláh falvak népessége az, a hol az endemiás syphilis grasszál. Vannak — úgy látszik — falvak, a hol a lakosság nagy része syphilisben szenved; feltűnő a klinikán jelentkező — sokszor egész — családoknál fellépő extra genitalis syphilis fertőzés nagy száma. Hogy aztán egy évtizedeken keresztül magára hagyott syphilis ily pusztításhoz vezet, mint az a VERESS dr. úr által bemutatott esetenél látható, nem csodálható. Hogy mi a legtöbb ily esetet Kolozs megyéből látunk, az csak természetes, de valószínű, hogy más megyék havasi falvaiban is léteznek ily endemiás syphilis góczok. Hogy a most bemutatott esetet többé meggyógyítani nem bírjuk, természetes; a higány ily esetekben nincs ugyan ellenjavallva, de várni kell, míg a jelenlévő kahexia javul.

2. LUKÁCS HUGÓ dr. és MARKBREIT IREN dr. előadása: „A szemtükrí lelet jelentősége elmebetegéknél“ czímen. (Megjelent „Szemészet“ 291. l.)

Hozzászól: HOOR tanár:

Az imént elhangzott előadást annál nagyobb érdeklődéssel hallgattam végig, mert körülbelül 20 évvel ezelőtt hasonló vizsgálatokkal én is foglalkoztam. BORYSIEKIEWICZ, az azóta elhalt grázi

egyetemi tanár vezetése alatt, (a ki egyike volt a leggenialisabb szemorvosoknak) illetőleg vele együtt. Jól emlékszem vissza, hogy ezen vizsgálatoknál mennyi változást találtam a szemfenéken én és mily keveset talált ő; különösen áll ez a hyperaemiára, a papilla határoltságára és alakjára nézve. Én ezzel természetesen korántsem akarom azt mondani, hogy ezuttal, különösen a mi a hyperaemiát és a papilla határoltságát illeti, talán kissé túl sokat találtak, sem azt, hogy én kevésre becsülném a szemfenék megvizsgálását egyáltalában, elmebetegeknél csak arra való tekintettel, hogy én a későbbi vizsgálataimnál — bár akkor nem olyan nagy számban végeztem, mint annak idején — kevésbé voltam hajlandó felvenni ezen elváltozásokat egyes esetekben, nem különben, hogy a litteratura összeállításából arra is emlékszem, hogy voltak versatus szakorvosok, a kik hasonló, sőt sokkal nagyobb számú szemfeneket vizsgáltak meg elmebetegeknél a nélkül, hogy ők egy esetben is találtak volna ilyen elváltozásokat, arra figyelmeztettek, hogy a leletet nagy óvatossággal ítéljük meg.

3. ELFER ALADÁR dr. az újabb vérfestő eljárásokról referál és bemutat néhány ily módon festett készítményt.

## VII. szakülés 1906 márczius 10.-én.

1. MARSCHALKÓ TNR. *Dermatitis psoriasisiformis nodularis* (Parapsoriasis) esetét mutatja be. Daczára, hogy ez igen ritka megbetegedés, eddig csak körülbelül 30 esetben észleltetett, mégis nem kevesebb mint 9, vagy 10 különböző elnevezés alatt jött forgalomba. Ha egyrészt könnyen érthető is, hogy egy oly fiatal és máris oly terjedelmes disciplinánál, minő a dermatologia, a klinikai vizsgálódás, a bakteriologiai és mikroszkopos vizsgálatok tökéletesedésével egy egész sereg új bántalomra jöttünk már rá, a melyeket nem lehet többé a régi, jó és igen türelmes „eczema“ gyűnév alá foglalni: meg másrészt az sem tagadható, hogy leginkább a dermatologusok körében nyilvánul meg az a törekvés, hogy minden áron új kóralakokat írjanak le és azokat sokszor igen hangzatos névvel jelöljék meg. Ennek aztán az a következése, hogy a dermatologiai nomenclaturában még mindig elég nagy chaos uralkodik, mert egy és ugyanazon megbetegedés a különböző szerzők által, különböző nevek alatt íratik le és csak a legújabb időben sikerült az egymást gyors egymásutánban követő kongresszus által lehetővé tett, közvetlen nemzetközi érintkezés segélyével legalább némiképp tisztázni az eszméket, mert már eddig is számos ilyen sokféle név alatt leírt új kóralakokról derült ki, hogy azok egy és ugyanazon megbetegedéshez tartoznak, hogy esetleg csak egy és ugyanazon betegség különböző klinikai varietását képezik.

A most szóban forgó bántalom legelőször 1890-ben íratott le

UNNA—SANTI—POLLITZER által *parakeratosis variegata* név alatt, majd JADASSON és NEISSER psoriasiformis és lichenoid exanthema, dermatitis psoriasiformis nodularis, JULIUSBERG Pytiriasis lichenoides chronica név alatt írtak le eseteket, a melyekről csak később derült ki, hogy az elsővel azonosak. BROcq „erythrodermies pytiriasiques en plaques disséminées“-nek nevezi, RAVOGLI erythrodermia squamosum-nak, CROCKER lichen variegatus-nak, RÓNA meg Morbus Jadassohni-nak. Később BROcq *parapsoriasis* nevet adott a bántalomnak és hangsúlyozza, hogy a sokféle név alatt leírt megbetegedés egységes. Ezt is acceptálja. Hazai dermatologusaink közül TÖRÖK hangsúlyozta, hogy a bántalom egységes, csak klinikai variétésok léteznek, a mennyiben van egy nagy és egy kis maculosus alak, illetőleg miután az utóbbi kivirágzások inkább göbcsékhez hasonlítanak, egy maculosus és egy papulás alak; az előbbi felel meg az UNNA—SANTI—POLLITZER-féle parakeratosis variegatának, a papulás alak meg a JADASSOHN és többiek által leírt eseteknek. Hasonló álláspontot képvisel RÓNA, a kinek osztályáról CSILLAG egy esetet is közölt, a melynél a kétféle alak egymás mellett fordult elő.

A bántalom kezdetben gombostűfejnyi, később borsónyi és még nagyobb, esetleg egész gyermektenyérfnyi szabálytalan alakú kivirágzások által van jellemezve, a melyek halvány sárgás-veres színűek, finom desquamatiót mutatnak, a mely néha csak a vakaró-újj által mutatható ki; ilyenkor a kis foltok, vagy papulák felülete ezüst-fehér lesz, épúgy, mint a psoriasis papuláé, a minthogy az egész betegség bizonyos hasonlatosságot, sőt rokonságot mutat a psoriasis-sal. A kivirágzások az egész testen elszórtan fordulnak elő, csak a hajzatos fejbőr szokott megkímélve lenni, úgyszintén kisebb mértékben az arc is. Jellemző még a bántalom rendkívüli chronicitása, hosszú tartama, de különben ártatlan jellege, s a subjectiv tünetek csekély volta, (kisfokú viszketés, a mely a legtöbb esetben teljesen hiányzik is) meg hogy a gyógykezelés rendszeren egészen hatástalan. Chrysarobin — pyrogallus — kátrány kezelésre, szóval erősebb redukáló kezelésre némelyek láttak ugyan javulást, de az mindig csak rövid ideig tartott.

A bemutatott beteg B. Sándor 23 éves férfi-szabó, kórelőzménye semmi nevezeteseget sem mutat. Ezelőtt másfél évvel vette észre, hogy alkarján kis kiütések jelentkeztek, a melyek folyton szaporodva — az arczot és fejbőrt kivéve — lassanként egész testen felléptek. Miután neki semmiféle kellemetlenséget nem okozott bőrbaja, nem is tulajdonított neki jelentőséget, míg  $\frac{1}{2}$  év múlva penisén fellépett papillomái miatt egy orvost nem keresett fel, a ki a bőrbajt syphilisnek tartva, kénesős kurát rendelt. Körülbelül egy évig állott kezelés alatt, s ez idő alatt ca. XVII befeccskendést kapott a 0.1. Hg. salicylicum a nélkül, hogy a bántalom a legcsekélyebb

javulást mutatott volna. Ezért kereste fel márczius hó elején a klinikát. A közepesen táplált beteg köztakaróján, az arcot és a fejbőrt kivéve, a mely utóbbin kiskokú pytiriasis észlelhető, sajátságos kivirágzások vannak, a melyek felületesebb megtekintésnél atypikus psoriasis vagy syphilitikus kütagnak imponálnak és csak tüzetesebb vizsgálatnál derül ki, hogy egyik bántalom keretébe sem illeszthető be. A kivirágzások meglehetősen rendszer nélkül vannak elszórva a köztakarón, de a legtöbb mégis a felső végtagok hajlító oldalain és a törzs két oldalán foglal helyet. Állanak pedig azok köles — egész lencsenagyságú, szabálytalan alakú, sárgás-vörös — vagy inkább barnás színű, helyenként kissé (alig 0.5 mmnyire) a bőr színe felé emelkedő foltok, illetve papulákból, a melyek igen finom szürkés sárgás-színű pikkelyekkel festvők. Helyenként, a hol ezek a pikkelyek nem láthatók, a kivirágzások teteje a vakaró-köröm alatt — mint a psoriasis papula teteje — megfehéredik. Erősebb vakarásra a pikkely leválik, s csak egy hyperaemiás folt marad vissza, de pöntszerű vérzések csak igen erős vakarásra állanak be.

Bemutató ismeri a JADASSOHN, NEISSER és JULIUSBERG által leírt eseteket és így előtte nem lehet kétség, hogy a bemutatott esetben is a szóban forgó ritka bántalom egy tipikus esetével állunk szemközt.

Egy kis bőrdarabka göresői vizsgálat czéljaira kimetszetett, s bemutatónak lesz még alkalma az esetre visszatérni, annál is inkább, mert ez az első parapsoriasis, a mely a kolozsvári bőrklinikán észlelés alá került.

## 2. DR. VERESS FERENCZ. *Vagina duplex* esete.

Tisztelt Szakülés! MARSCHALKÓ tanár úr klinikáján az utóbbi időben két kettőshüvelyű nőt volt alkalmunk észlelni, mindkettő kéjné volt, a kiknek egyikét főnököm megbízásából van szerencsém ezúttal bemutatni.

A 17 éves monostori születésű puella publica f. é. februárius 16.-án került klinikánkra.

Megvizsgálásánál kitűnt, hogy friss luesben szenved, mely roseolában, leukodermában és torokpapulákban nyilvánult. E mellett a külső genitáliák különböző részein néhány lágyfekélyt találtunk.

A nagyajkak szétválasztásánál közvetlenül a húgycsőnyílás alatt egy kb. újjbegynyi kerekded nyílás látszik, melyet a vaginától egy kissé ferdén jobbról és alulról, balra és felfelé álló haránt redő, illetőleg fal választ el, úgy, hogy a hüvelycsatorna ez által egy alsó rendes tágságú, s egy felső és kissé jobboldalt elhelyezett, jóval szűkebb, de hüvelykújjal is könnyen átjárható, rendes hosszúságú csatornává oszlik. A klinikán megejtett vizsgálatnál kitűnt, hogy kettős hüvely van jelen; CSIKI kartárs azt is konstataálta, hogy a felső rudimentarius vagina legmélyén egy kicsiny és sondával 3

cm.-nyire átjárható szűk nyílás van. Erre ő bennhagyva a sondát, egyidejűleg az alsó tág hüvelybe nyúló portió nyakcsatornáját is megkutasolta, de a két eszköz sehol sem érintkezett, a mi azt bizonyítja, hogy a két csatorna nem közlekedik egymással.

Combinált vizsgálatnál, melyet SZABÓ tanár úr volt szíves meg-ejteni, kitűnt, hogy a rendes hüvelybe nyúló portió  $1\frac{1}{2}$  cm. hosszú, a méhszáj kis harántrés, a méhtest anteflectált és retroponált, kb. rendes nagyságú, bunkószerű, s a medence jobb felében tapintható. A felső, rudimentarius hüvely boltozata alig újjnyi lumenű, s felül a méhtest felé látszólag vékony heges kötegbe folytatódik. E köteg megfelel annak a már említett 3 cm. hosszú csatornának, mely a durványos hüvelyből halad befelé, úgy, hogy egy fejletlen portió vaginalisként, illetőleg méhszarvként foghatnók fel, a nélkül azonban, hogy a méhtesttel való összefüggését biztosan kimutatni tudnók.

Ezekből következik, hogy nem dönthetjük el egész határozot-tan, hogy vajjon a kettőshüvely uterus duplex, vagy uterus bicor-nissal függ-e össze, vagy pedig normalis méh mellett csak a hüvely kettős. Annyi bizonyos, hogy a két hüvelyt elválasztó falon sehol hasadék, vagy közlekedő nyílás nincs; ennek daczára a beteg mégis azt állítja, hogy menstruációnál a felső nyílásból is távozik vér, a mit onnan is tud, hogy ő, a ki tudomással bírt második hüvelyéről, az alsót havibaja alkalmával vattával be szokta dugni, s olyankor a felsőn is ürül ki a vér.

A megjelölés könnyebbsége céljából felsőnek nevezett secun-dár hüvely, SZABÓ tanár úr kijelentése szerint nem felső, hanem baloldali; a válaszfal szintügy nem vízszintes, hanem függőleges és csak fizikai behatások következtében változtatta meg helyzetét.

Megemlítem még, hogy a kéjtnő saját bevallása szerint, mind-ezideig közösülésnél csak az alsó, normalis hüvelyt használta.

3. DR. KANITZ HENRIK *prurigo gravis* esetet mutat be egy 28 éves férfinél, kinél a betegség 16 év előtt, tehát 12 éves korában kezdődött. A kórismét a bántalom chronikus volta, tipikus prurigo göbcsék és a rendes secundár elváltozások (eczematisatio, lichenifi-catio, hegek, pigment foltok) jelenléte, az elváltozásoknak jellemző localisatiója (végtagok feszítő oldala, izületi hajlatok, tenyér, talp megkimélésével), és a rendkívül heves viszketés alapján tettük. Az esetet az elváltozásoknak nagy intenzitása, aránylag késői korban (12 év) való kezdete és a szokatlanul nagy kísérő mirigyduzzanatok teszik érdekessé. A cruralis mirigyek kis almányi, a cubitalis és hónalji mirigyek mogyorónyi—kis diónyi, tésztatapintatú, fájdalomtalan csomókat képeznek. A kezelés kátrányfürdők és 20% liantral-csukamájolajos kötések alkalmazásából áll.

Hozzászól MARSCHALKÓ tanár.

4. DR. KANITZ HENRIK: „*Dosimetriai eljárások a Röntgen-therapiában*“ czimen értekezik.

Régebben a Röntgen-sugaraknak adagolása teljesen önkényünkre volt bízva. A szervezetbe vitt Röntgen-sugár mennyiségét nem tudtuk közvetlenül lemérni és ezért — hogy némileg mégis tájékozódjunk az alkalmazott dosis nagysága felől — lemértük vagy a hol az nem volt lehetséges, legalább hozzávetőleg megbecsültük azon tényezőket, melyeknek nagyságától a Röntgen-fény mennyisége függ, tehát a fény intenzitását és minőségét, a megszakítások számát, a csőtávolságot és az expositiós idő tartamát. A mérésnek ezen módja — az *indirekt dosimetria* — nem szolgáltatott azonban pontos adatokat a fény mennyiségét illetőleg, a mennyiben a felsorolt tényezők lemérése jelentékeny és ellenőrizhetetlen ingadozásaiak folytán igen nagy nehézségekbe ütközött és így a nyert adatokból levont következtetések sem lehettek megbízhatók. A Röntgen-therapia ezen fogyatékoságán segítenek az ú. n. *direct dosimeterek*, azaz olyan mérőeszközök, melyeknél a szervezetbe vitt Röntgen-sugár mennyiségét egy másik fényelnyelő közeg elváltozásának foka alapján mérjük le.

Az első ezen alapon construált mérő eszköz a HOLZKNECHT-féle *chromo-radiometer* volt, mely azon alapúl, hogy a Röntgen-sugarak bizonyos sóemulsiókban hasonló színelváltozásokat hoznak létre, mint a kathodsugarak. A színelváltozás foka megfelel a sóemulsióba hatoló Röntgen-sugarak mennyiségének és állandóan jelentkezvén és jól percipiáltatván, mértékül szolgálhat a bőr reakciójának. Az eszköz, mely 2 részből: egy a fényben meg nem változó színskálából, és a sugarak behatására megzöldülő ú. n. *reagens-testekből* áll, és a melyet előadó is kiterjedten alkalmazott a kolozsvári bőrklinikán, kétségtelenül nagy haladást jelent a Röntgen-therapiában, mert a Röntgen-fényt adagolhatóvá, mérhetővé tette (a mérés a HOLZKNECHT által felvett egység [H] alapján történik) de azért vannak bizonyos fogyatékoságai is, melyek a következők:

1. A mérés colorimetrikus úton történvén, tévedések könnyen történhetnek, annál is inkább, mert a skála egyes színfokozatai közti különbségek elenyészően csekélyek.

2. A színelváltozás az exponálás után rövid ideig még fokozódik, a miért is az összehasonlítás azonnal a kezelés után eszközzendő.

3. A használt reagens diffus napfényen ismét elszíntelenedik ugyan, azaz reaktiválható, azonban igen sokszor nem nyeri vissza eredeti színét, hanem sajátos szürkés színárnyalatot vesz fel, a mi az újabbi használatánál szükséges összehasonlító méréseket megnehezíti. Azonkívül

4. reaktiválás után a reagens-testek érzékenysége a Röntgen-sugarakkal szemben csökken.



5. A reagens-testek a Röntgen-sugárral szemben különben is csak kis fokban érzékenyek, úgy, hogy kicsiny, de a gyakorlatban mégis szereplő dosisok lemérésére nem alkalmasak.

6. Az eszköz csak a felületi hatás fokáról ad felvilágosítást, a mélységi dosis nagyságát nem jelzi.

Ezen fogyatékoságai daczára a HOLZKNECHT-féle chromoradiometer a gyakorlat igényeinek egészben véve megfelel és mindenestre megbízhatóbb a SABOURAUD és NOIRÉ mérőeszközénél, az ú. n. *radiometernél*, melynél barium-platin-cyanür papirosnak színváltozása jelzi az elnyelt fény mennyiségét. Az eredetileg sárgás-zöld papiros a sugarak behatására sárga, illetőleg barnás-sárga színt vesz fel. Skála helyett egy állandó és fényben meg nem változó barna papiros-szelet van az eszközhöz csatolva, mely az adagolható maximális dosist jelzi; ez kb. 5 H-nak felel meg. Az eszköznek hátrányai, hogy a reagens-papiros csak kevésbé érzékeny a sugarakkal szemben, hogy a szállított papirosok sensibilitása nem egyenlő, hogy a csőből kiinduló hősugarak is befolyással vannak a  $\frac{1}{2}$  focus-távolságban elhelyezett papiros szeletkéék színváltozására, hogy a közönséges napfény is megváltoztatja színüket, a miért is attól lehetőleg megóvándók és hogy nem lehet vele skála hiányában különböző nagyságú adagokat lemérni. Előadó is kipróbálta az eszközt és az avval végzett kísérletek alkalmával többször megtörtént hogy a papiros alig sárgult meg, miközben az egyidejűleg exponált és két akkora távolságban elhelyezett HOLZKNECHT-féle reagens-test 10 H-t, tehát mindenestre maximális dosist jelzett. Az eszköz tehát előadó szerint nem megbízható.

A FREUND-féle eljárás, melynél jodoform 2% chloroformban való oldatának színváltozása alapján, tehát szintén colorimetrikus úton történik a mérés, nem jött forgalomba, de nem is megbízható, mert az említett oldat állás közben is megváltoztatja színét J-nak lehasadása folytán.

A közelmúltban KIENBÖCK tett közzé egy új eljárást, melynél a bőrbe juttatott fényadagok lemérésére, más szóval — egyforma érzékenységet feltételezve — a bőr reakciója fokának megállapítására egy chlorbromezüstemulsióból álló érzékeny papirosnak színváltozása szolgál. Ezen ú. n. *quantimeter*-papiros színét, előhívás után, a mi egy a szerző által előírt normal-előhívóval állandó hőfok (18° C.) mellett és egyforma időig (1 percz) eszközlendő, egy normal-skála fokainak színével hasonlítjuk össze. A skála egyes fokai számokkal vannak ellátva, melyek KIENBÖCK-féle egységekben fejezik ki az elnyelt fény mennyiségét. A KIENBÖCK-féle egység: „x” =  $\frac{1}{2}$  H. A szállított *quantimeter*-papirosok nem egyforma érzékenységek ugyan, de ezen az ebből eredhető hiba az előhívó más-más koncentrációja által compensáltatik. Előadónak még nem volt alkalma ezen eszközt

kipróbálni, de használhatóságáról meg van győződve. A régebbi eljárásokkal szemben nagy előnyei, hogy a reagens-papiros érzékenysége esetről-esetre ellenőrizhető, hogy a reagens pontosabb és érzékenyebb a sugarakkal szemben, mint akár a HOLZKNECHT-féle sóemulsió, akár a barium-platin-cyanür papiros, hogy a színelváltozás (előhívás és rögzítés után) maradandó, és így későbbben is felhasználható, hogy az igen kicsiny fénymennyiségek, valamint a különböző mélységi dosisok lemérése is lehetővé van téve. Ez utóbbi akként történik, hogy a quantimeterpapirost, miután egyik végét 1—2 stb. mm. vastag aluminium-lemezekkel lefedtük, tesszük ki a sugarak behatásának. Tekintettel arra, hogy 1 mm. aluminium lemez fényelnyelő képessége egyenlő egy 1 cm. vastag víz-, vagy a mi egyremegy 1 cm. vastag izomréteg fényelnyelő képességével a papiros lefedett részének színe előhívása után az 1—2 stb. cm. mélységben jelenlevő fénymennyiséget jelzi. Az adatok természetesen változnak a cső keménységi foka szerint, de azért sem egészen megbízhatók, mert nem minden szövet absorptió-képessége felel meg a víz fényelnyelő képességének — tüdő és zsírszöveté kisebb — és mert a mélységi dosisok a csótávolság szerint is különbözők. Egy nagy hátránya az eszköznek, hogy az elnyelt fény mennyiséget jelző színelváltozás nem közvetlenül leolvasható, épen ezért — nehogy a határt túllépjük — egy másik nyitott és a fény-mennyiséget közvetlenül érzékeltető dosimeternek, legczélszerűbben a HOLZKNECHT-féle chromradiometernek indicator gyanánt való egyidejű alkalmazása szükséges. Az eszköz alkalmazása előtt nem akar annak használhatóságáról véglegesen nyilatkozni.

Még egy körülményre hívja fel a figyelmet, mely eddigelé nem részesült a kellő méltatásban. Az összes mérőeszközöknél valamely holt anyag elváltozása jelzi a szervezetbe vitt sugár mennyiségét. Nem szabad azonban elfelejteni, hogy az a holt anyag mindig egyformán, obligat törvényszerűséggel reagál a beható ingerre. Ezzel szemben a kezelés tárgyát az élő szövet képezi, melynek más-más a sensitivitása és melynél számos, folyton ingadozó tényező (pl. a szövetek nedvtartalma, vérkeringési viszonyok) a fény elnyelésének és elosztódásának viszonyait annyira megváltoztathatja, hogy pl. két reactio intensitása egymástól lényegesen különbözhetik, noha a holt anyagból való reagens mindkét esetben ugyanazon fény-mennyiség behatását jelzi. Valamely physikai mérőeszköz tehát sohasem lehet pontos kifejezője a biológiai reakciónak.

ELFER azt hiszi, hogy a mélységi dosisok lemérése a KIENBÖCK által ajánlott módon (aluminium lemezek segedelmével) a HOLZKNECHT-féle reagens-tesztekkel is lehetséges, csak megfelelő alakú változtatásokat kellene az utóbbiakon eszközölni.

## VIII. szakülés 1906 márczius 17.

## 1. DR. GÁMÁN bemutatása :

Egy beteget van szerencsém bemutatni, a kinél az orrban, jobban mondva az orr falában, hat héten keresztül volt egy később bemutatandó meglehetősen nagyságú üveg darab, a melyhez úgy jutott, hogy este üvegajtónak esett, s felsértette az orrát, a mely nyereg-alakú heggel kellőkép gyógyult is, de az orrában szűrő érzés maradt vissza heteken keresztül, melynek okára nem tudtak rájönni. Kívülről nem látszott semmi. Ő ugyan gyanakodott, hogy valami benne maradt és a sérülés után hat hétre jelentkezett a klinikai rendelésen. Kívülről mi se tudunk semmit találni, de belső inspectionál és palpationál kiderült, hogy az os nasale és a cart. triangularis közt a csontba egy üveg darab hatolt be, s ott megmaradt. Megtekintésnél azt látjuk, hogy csillogó kemény pont fúrja át a bőrt és palpationál meggyőződünk róla, hogy az egy nagyobb kemény tárgynak a hegye, a mit eltávolítani könnyű volt, mert az üveg hegyét megfogva fogóval, az üveg darabot könnyű volt kiemelni.

2. MÁTHÉ GÁBOR dr. saját szerkesztésű inhaláló sátorát és inhalatorát mutatja be.

3. JANCsó MIKLós mtanár előadása: „A váltóláz és az anophelesek elterjedése Kolozsvárt és vidékén“ czímmel.

## IX. szakülés 1906. márczius 24.-én.

1. SZILÁGYI György dr. *Vándorlép* esetet mutat be.

2. DEMETER György dr. egy hydrokephalus internus-ban szenvedett ember koponyáját és agyát mutatja be, a ki 7 mm. revolverrel homlokon lőtte magát. Érdekessé teszi az esetet az a körülmény, hogy ámbár az oldalgymrocs is meg volt nyitva, miként a bonczolásnál kiderült, mégis 8 napig élt a sérülés után.

Hozzászól: MAKARA tanár.

A beteget eszméletlen állapotban szállították a sebészeti klinika-ra. A kötés levételekor tonico-clonicus görcsök kíséretében igen bő vérzés mutatkozott a sebből, a miből tekintettel a lőtt seb helyére, meg lehetett állapítani, hogy a projectil a sinus falciformist is átlötte. A görcsroham alatt sugárban jött a vér, úgy, hogy tamponálni kellett. A további beavatkozás a seb-tágítása után, a csont-sérülés megvizsgálására és tágítására vonatkozott. A szonda-vizsgálat már ekkor azt mutatta, hogy ez mélyen oly könnyen halad, mintha üregbe jutna. A bonczolás azt mutatta, hogy ezen úr a rendkívül kitágult gymrocs volt. A sérülés genyedés nélkül folyt le, de a következményes vörös agylágyulás a beteg halálát okozta. Inkább az cso-

dálatos, hogy az aránylag nagyfokú agyroncsolás mellett a beteg egy hétig élt, az első napokban öntudatnál volt és csak az utolsó 2 napokon következett be hőemelkedés mellett az öntudatlanság, az incontinentia, strabismus convergens.

3. CSIKI MIHÁLY dr. bemutatása: A *spirochaeta pallida* kimutatására végzett vizsgálataimról más alkalommal lesz szerencsém a t. sz. bővebben beszámolni. Jelenleg a vizsgálatok még folyamatban vannak. Azoknak szövettani részét GÉBER kartársammal karöltve végezzük. Most csak három esetet kívánok bemutatni, a melyek ez ideig az elsők, a hol a sp. p. I. szövet-metszetekben sikerült kimutatnunk. Lues-es productumok nedvében jóval könnyebb kimutatni őket. Eddig eseteimnek több mint 90%-ában 29 esetből, 27-ben megvannak. Szövetben való kimutatásuk azonban sokkal nehezebb. Ennek okát főleg abban kereshetjük, hogy az ezen célra szolgáló festési eljárásaink még nem eléggé tökéletesek. Ez ideig, mondhatnám még egyedül alkalmas festés a LEVADITI által módosított BARTARELLI és VOLPIUS-féle, a melyet eredetileg VAN ERMENGENM csillófestésre ajánlott. Ez, ha jól sikerül, kitűnő képeket ad. Azonban igen nagy hibája, hogy megbízhatatlan. A festés ugyanis a légenysavas ezüst reduktióján alapúl, a mi körülményességétől eltekintve annyira szélsőséges, hogy még praecis és gondos dolgozás mellett is ritkán sikerül kifogástalanul. Némelykor oly erős csapadékot ad, hogy miatta alig látunk valamit. Máskor igen sötétre, vagy igen világosra fest, s így aztán vagy a túlsötét alap miatt, vagy mert nem festődtek meg eléggé, nem láthatók jól a spirochaeták. Valószínűen ez az oka annak is, hogy szövetben eddig még aránylag kevés szerző mutatta ki a spirochaetákat. Ezek az esetek is jórészt S.-ben elhalt magzatokra vonatkoznak. Veleszületett S.-nél megtalálták már a lépben, májban, vesében, mellék-vesében, pankreasban, bélben, placentában, tüdőben, szívizomban, a bőr pemphigus hólyagjaiban és papuláiban is. Ilyen többek között a FELDMANN dr. esete, melyet a budapesti orvos-egyesületben ENTZ-el együtt bemutatott és a melyben igen nagy mennyiségű sp.-t talált. Eredeti készítményei közül egyet az ő szivessége folytán szintén bemutathatok, összehasonlításul a mi eseteinkkel. Szerzett S.-nél a bőr primaer és secundaer elváltozásánál a sp. kimutatása még nehezebb, minthogy a bőr laesioiban sokkal kevesebb van, mint a S. miatt elhalt magzatok szerveiben, a hol rendszeren óriási mennyiségben találják meg őket. A mennyire az irodalmat ismerem, még eddig csak LEVADITI és MANNÉLIAN mutatták ki sclerosisban és papulákban a SCHAUDINN és HOFMANN papula és inguinalis mirigyben és végül MUCHA és SCHARBER S. scl., egy nyitott és egy zárt papulában és egy inguinalis mirigyben. A mi eseteink közül az egyik a czomb bőrén fejlődött nedvező, túltengett papula, a másik szintén nyitott, túltengett papula egy S.-es nőbeteg

labium majusáról, a 3-ik pedig egy papulosus küteg hámmal fedett, zárt papulája. A sp.-ák a 2 első esetben, a 2 hámfosztott papulában főleg a genyesen beszűrődött hámréteg fellazult sejtjei között és a hámrétegben fejlődött apró, mikroszkopikus kicsinységű tályogokban található, de láthatók a papillaris rétegben is. A zárt papulából készült metszetekben csak a papillaris rétegben vannak igen csekély számmal. A készítmények előállítása LEVADITI módszere szerint történt. T. i. a form. rögzített és alkoholban keményített anyagot 1·5%-os argent. nitric. oldatba téve, 2—3 napig 30—40°-os melegben thermostatban tartjuk. Lemosás után az ezüstöt pyrogallus-savval reducáljuk, a melynek 2%-os oldatában 5%-os formalin van. Csak ezután ágyazzuk be az anyagot paraffinába, vagy celloidinába a szokásos módon. Ha a reductio jól sikerült, akkor a világos, barnás-sárga hulló levél színéhez hasonló alapon kitűnően láthatók az intensiv feketére festődött sp.-ák. A beállított készítmények közül az egyik pancreas a FELDMANN esetéből, egy másik pedig VINCZENRFÉLE spirillumokat tartalmaz. A sűrű, apró hullámú, erősen feketére festődött sp. pall. elég könnyen megkülönböztethető a tágabb, nagyobb hullámú, lomha és halványabban festett spirillumoktól.

4. FÉLEGYHÁZI ERNŐ dr. és POTOCZKY DEZSŐ dr. előadása: „Adatok a vaguspneumonia keletkezéséhez“ czímmel. (L. Értesítő 36—65. 1.)

## X. szakülés 1906. márczius 31.-én.

Elnök: UDRÁNSZKY LÁSZLÓ tanár.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL dr.

1. SZABÓ DÉNES tanár a következő szavakkal üdvözli PURJESZ ZSIGMOND tanárt:

Negyedszáz évben hirdtetted szóval és tettel az emberszeretetet, mint az orvosi tudomány és orvoslás művészetének erkölcsi alapját. Tudásunk fejlesztésében tevékeny részt veszesz, mások munkájából felveszed azt, a mitől emberszereteted gyakorlására, szilárdabb, biztosabb alapot reménylesz. Az orvosi tudományt és haladását szereted, mert az emberiség szenvedéseire írt nyújtó balzsamnak újabb és újabb forrását nyitja meg.

Szeretetet vetettél, szeretetet aratsz: az embereknél, kiknek szenvedését tudásod és orvoslásművészeted enyhíti és az egészséget visszaadja; tanítványaidnál, kiknek tanításod biztos útmutató az élet ösvényein; tanártársaidnál, kiknek munkálkodásod serkentés az együttműködésre.

Ez a szeretet vezérel, a midőn a kolozsvári egyetemen eltöltött negyedszáz év alkalmából hálás, tisztelő tanítványaid és tanár-

társaid felkeresünk és üdvözlünk. A te csendes munkálkodásod, a mely a hangzatos szólásformákban történő ünneplésnek zaját kerüli, a hála és szeretet tömeges megnyilatkozása elől kitér, mutatja nekünk az utat, melyen haladva, Hozzád méltóan fejezhetjük ki tiszteletünket, ragaszkodásunkat és szeretetiünket.

A munkást megörvendezteti, ha vannak munkatársai, a tanárt büszke öröm töltheti el, ha tanítványai sorából állanak elő munkatársai. A munkás-tanár példaadását követjük, a midőn tanítvány és tanártárs ez alkalomból az orvostudomány legkülönbözőbb kérdéseit tárgyaló egy-egy közleménnyel jelenik meg Előtted. Mindnyájunkban meg volt a becsületes szándék, hogy nyomdokaiddban haladjunk, Te és olvasóink ítéljétek meg, hogy a jó szándékot mily értékkel való-sítottuk meg.

A PURJESZ-Emlékkönyv dolgozatai tegyenek tanuságot, hogy a kolozsvári egyetem orvosi karán tudományos munkálkodás folyik, melyet volt tanítványai az országban elszéledve is folytatnak. E kötet bizonyítsa, hogy az orvosok és természetvizsgálók XXXII. vándorgyűlése alkalmából bemutatott intézeteink élnek, hogy azok az orvosi tudomány haladásában és fejlődésében tevékenyen részt akarnak venni. Hirdesse e kötet a szeretetet, a kölcsönös megbecsülést, mely vezérli a különböző intézeteket és alkalmazottaikat, a midőn egy-egy kérdés megoldásánál, egymás támogatásával, egyesített erővel törekednek a kitűzött közös cél felé.

A midőn tanítványaid és tanártársaid a „Dolgozatok“ e kötetét a Te tanári működésed negyedszáz éves szakaszának emlékére közrebocsátjuk, kérve kérünk, maradj élesen látó szemekkel és nemesen érző lelkeddel továbbra is tapasztalatokban gazdag vezetőnk. A Mindenek kútforrásához fordulunk és esedezünk, adjon Neked jó egészséget és munkakedvet, hogy áldásos működésedet még hosszú időn át, tanítványaid és tanártársaid igaz örömére, egyetemünk büszkeségére, hazánk dicsőségére s embertársaink javára folytathassad.

Ez az előbeszéd vezeti be az életbe ezt a kötetet, mely ezer tesvére közül, mint legelső hagyta el a nyomdát és a melyet Neked most, a mikor magad is utrakészülsz, jóindulatodba ajánlok mint igaz szeretetünk jelét, igaz tiszteletünk és megbecsülésünk el nem muló emlékkönyvét. Az Isten éltesse!

## 2. PURJESZ ZSIGMOND tanár válasza.

Kedves Barátaim! Engedjék meg, hogy többes számban szóljak, mert hiszen akkor, a mikor ezen szívélyes és kitüntető megszólításra felelek, nemcsak a hozzám szóló barátomnak, hanem valamennyiüknek akarok szólni. Azt hiszem, hogy elhiszik nekem, hogyha azt mondom, hogy nemcsak a conventionalis szólásformának adok nyilvánulást, a mikor azt mondom, hogy ezen ünnepély, ez az egész *mise en scène*, a melyet itt látok, ez a vaskos könyv, a melyet

SZABÓ barátom volt szíves nekem az Önök nevében átadni az én nevemmel diszítve, ezek annyira meghatottak, hogy én magam csodálkozom azon, hogy még szavakba tudom önteni annyira, a menyire érzelmeimet.

Huszonöt évet eltölteni egy pályán nem érdem, részben szerencse. Szerencsés is vagyok. Nem mondom, hogy olykor-olykor az élet nehezebb része is nem súlyosodott vállaimra, de azért ha a facitját életemnek megvonom, mégis azt kell mondanom, hogy szerencsés csillagzatban születtem. Szerencse volt már az, mikor ezelőtt 25 évvel az itteni orvosi tanári karnak bizalmát sikerült megnyernem és ekkor aránylag nem nagy korban oly kitüntető polczhoz jutottam, mint a belgyógyászati tanári állás. De csalódnának tisztelt Barátaim, ha azt hinnék, hogy ezt tartom legnagyobb szerencsémnek, sokkal nagyobb szerencsémnek tartom azt, hogy itt oly baráti jóindulatra találtam mindenkor, hogy itt nemcsak baráti jóindulatra, hanem kisegítő, támogató kezekre, nemcsak ezekre, hanem engemet megértő és egy intentióval dolgozó tanítványokra akadtam: ez mind szerencse. És hogy betetéződjék ez a szerencsés és engem csakugyan elárasztó véletlen intézkedése a sorsnak, ime ez a legnagyobb kitüntetése, a mely egyáltalában érhetett, nemcsak a baráti bizalomnak legnagyobb jele, nemcsak a szeretetnek, a melyben a tisztelt Barátaim részéről részesültem, hanem megvagyok győződve, hogy a mikor időm és alkalmam lesz és ez a legközelebbi órákban meg lesz, hogy e könyv hasábjain lapozzak, megvagyok róla győződve, hogy azt a benyomást fogom nyerni, hogy nemcsak barátilag szeretettel zártak a szívükbe, hanem sikerült azt elérni, hogy megérthessük egymást és egymásba mintegy átolvadjunk.

Köszönetet mondok mindezért. Lehet ezt megköszönni? Nem tudom mással megköszönni, minthogy azt ígérem, hogy úgy a mint eddig, sőt az eddiginél nagyobb mértékben nemcsak arra fogok igyekezni, hogy kötelességemet mindenkor teljesítsem, hogy tisztelt Barátaim bizalmát, szeretetét még nagyobb mértékben megérdemeljem, hanem azon leszek, hogy azt ha lehet hatványozott mértékben, mint eddig tettem, viszonzom. Fogadják tisztelt barátaim őszinte köszönetemet és azt a kijelentést, hogy ezt a pillanatot az életben soha elfelejteni nem fogom.

### 3. BUDAY KÁLMÁN tanár, *decanus* üdvözlete:

Kedves Barátunk és Tanártársunk!

Engedd meg, hogy ezen a mai ünnepélyen, melynek szűk keretei sehogy sem állanak arányban 25 évet meghaladó tanári működésed jelentőségével, de annál inkább harmoniában vannak a Te nyilvános ünneplés elől kitérő egyéniségeddel, én is röviden üdvözöljelek az orvos tanárikar nevében.

Helyzetem nehéz, mert ismerve érzékenységedet, nem mond-

hatom itt el mindazt, a mit mindnyájan érezünk e pillanatban. Elég lesz azt mondanom, hogy tanári működésed súlyt adott karunknak, sőt hatásod nemcsak szorosabb tanítványaidra, hanem tanártársaidra is kiterjed, kiknek az igazi orvosi gondolkodás elsajátításában mesterünk voltál. A mi ragaszkodásunkat irántad fokozza még az is, hogy nemcsak baráti jóindulattal, hanem orvosi tudással is a legszívesebben és eléggé meg nem hálálhatólag állottál tanártársaidnak és ezek családjainak szolgálatára. Ezek az érzések megfejtik azt, hogy mint sokszoros lekötelezetteid szívünk egész melegével veszünk részt a mai jubilaris ünnepélyen és nem minden önzés nélkül kívánjuk azt, hogy még sokáig maradj működő tagja facultásunknak. Eddigi pályádon eléggé bebizonyítottad, hogy orvosi dolgokban az igazság keresése és követése úgyszólván lényeddé vált; ez bizonyítja számodra tudományos téren a folytonos megifjodást; másfelől pedig orvosi gyakorlatodban szerzett tapasztalataid oly kincset képeznek, melyből gazdagítanod kell még hazánk sok orvosi generációját.

Az mondják, hogy a gazdagság kötelez, és méltán. Azt hiszem, hogy a megszerzett ismeretek és tapasztalatok gazdagsága is kötelez, kötelez arra, hogy minél több jusson belőle oda, a hol a legdúsabb kamatot hoz: a tanuló ifjúság lelkébe. Ezen óhajtásunkhoz még azt csatolom, hogy a Gondviselés adja meg Neked tovább is azt a mit Te annyi szenvedőnek visszaadtál: a jó egészséget és a munkaképességet. Isten tartson és éltesen sokáig!

#### 4. PURJESZ ZSIGMOND tanár válasza.

Kedves Dékánom!

A Te szavaid oly hizelgők csakugyan, még ha talán kevésbé közönyös volnék is a fülemben kellemesen csengő szavakra, mint a mint vagyok, még akkor is meg kellett volna indulnom ezen szavakra, a melyeket hozzám intéztél.

Jól tudom, hogy ezek messze túlhaladják azt, a mi bennem valóságban rejlik, de ne hidd, hogy nem estek jól, mert tudom azt is, hogy nem éppen hizelgési, vagy széptevési vágy adott utat ezeknek az ajkadon, hanem a jóindulat, melylyel irántam Te és a facultas minden tagja viseltetik és így színt kölcsönöz mindannak, a mi tőlem származik, más színt, mint a milyenben van és ez okozza kétségtelenül azt, hogy oly kedvező véleményben és megítélésben részesültem. Én mindenesetre azon leszek, hogy minél inkább közeledjem ahhoz, hogy a színjátszás és a valóság közt a spatium mind kisebb legyen. Igyekezni fogok megfelelni azoknak a szavaknak, a melyeket tőled hallottam.

5. UDRÁNSZKY LÁSZLÓ tanár, mint a szakülés elnöke a következő szavakkal üdvözli PURJESZ tanárt:



Kedves Barátom !

A szakosztályunknak mindig igen kellemes és értékes emlék lesz az, hogy ez az egyszerű, szívből fakadó és szívhez szóló ünnepély szakülésünk keretében folyt le. Végül engedd meg, hogy én is üdvözöljelek a szakosztály nevében, kérve azt, hogy a szakosztályt jóindulatodban továbbra is részesíteni szíveskedjél.

### XI. szakülés 1906 április 28.-án.

1. MAKARA LAJOS tnr. bemutatásai:

a) *Traumás húgyhólyag repedés esete.*

A húgyhólyag traumás repedései elég ritkák arra, hogy maga ezen körülmény fölhívja minden egyes csetre érdeklődésünket, de még inkább figyelmet érdemelnek az esetek gyakorlati szempontból, mert a sérülés minéműségének fel nem ismerése és a sebészi beavatkozás elmulasztása szinte bizonyosan a beteg halálát okozza.

A traumás hólyagrepedések túlnyomó száma az úgynevezett intraperitonealis repedések sorába tartozik s csak kisebb részüik extraperitonealis, ezek is gyakran (medenczetöréssel) complicált esetek.

Az intraperitonealis repedéseknél a vizelet a hasüregbe folyik s rövidesen hashártyagyulladás okoz; az extraperitonealis repedéseknél a laza kötőszövetbe beszivárgó vizelet okoz phlegmonét. A sebészi beavatkozás feladata ezen következményes, rendszerint halálos kimenetelű gyulladások kifejlődését megakadályozni.

Bemutatott esetünk az extraperitonealis, complicatio nélküli hólyagrepedések ritka sorába tartozik s a következő:

Botos György 35 éves szamosfalvi napszámos. F. é. márczius 1.-én igás szekér ment át alkarán, fájdalmi daczára a még hátralevő 5 kilométer utat gyalog tette meg. Otthon ágyba feküdt, de orvosi kezelésben nem részesült. Gyakori vizelési ingere volt, de vizelni nem tudott. Klinikára 3.-án reggeli 3 óraker hozták, midőn az inspectió orvos megcsapolta, ekkor már sem lábán állni, sem az ágyban maga felülni nem tudott.

Reggel 8-kor a hőmérsék 37.5, érverés 70. A tüdők fölött kiterjedten hurutos zörejek. Az alhas a köldök magasságáig elődomborodik, tapintásnál ugyanitt feszes a hasfal, a nyomás fájdalmas. Kopogtatási hang az elődomborodó területen tompult. Fémkátheter bevezetése akadálytalanul sikerül, de azon csak kevés sötétvörös, véres vizelet ürül, mely beavatkozás az alhas elődomborodását és tompulatát meg nem változtatja.

A jobb farpofán és ágyéktájon van csekély bőrhorzsolás, míg a hason magán külső sérülésnyom nincs. A gerincoszlop és csontos medence is sértetleneknek mutatkoznak. A leírt tünetekből nyilvánvaló volt a húgyhólyag traumás repedése, miért is azonnal a műtéthez fogtunk. 15 cm. hosszú metszés a symphysistól fölfelé. A hasfal

átmetszése után mintegy  $1\frac{1}{2}$  liter véres, zavaros, húgyszagú folyadék ürül ki a praeperitonealis laza kötőszövet helyén támadt szennyesfalú üregből. Az üreg hátsó felső falát a leemelt, vékony hashártya képezte, a symphysis mögött pedig az összehúzódott hólyag volt, melynek tetején egy gyermektenyérenyi tátongó nyílás látható. A hólyag sebszélei czafatosak és szennyesek; ennek daczára harántul, a repedés irányának megfelelően összevarrtuk a hólyagot két sor varrattal. A seb üreget jodoform gaze- és gummi drainnel láttuk el, a hólyagba állandó kathetert vezetünk.

A sebüreg 3 hét múlva tisztult meg. A hólyagvarratok daczára a vizelet másnap nemcsak a katheteren, de a hasseben át is folyt. A sebüreg fokozatos kitelődése arányában szűkült a hólyagsipoly. Ma a bemetszés helyén még 2 cm. hosszú,  $\frac{1}{2}$  cm. széles sarjadzó felület látható, melynek közepén még egy sebsondának átjárható sipoly vezet a hólyagba. A beteg spontán vizelet, sipolyának teljes begyógyulása néhány hét múlva várható csak, de miután ezt bevárni a beteg nem akarja, azért mutatom be ma. Megemlítem még, hogy márcz. 6.-án haemoptoeja volt s a felvételkor főnnállott tüdőhurutos tünetek több hétig eltartottak.

b) *Hólyagvarrat fonala körül képződött kő esete.*

N. A. 14 éves kolozsvári fiú. 1904. jan. 5.-én epicystotomiát végeztek rajta klinikánkon és a hólyagból két darab galambtojásnyi kemény követ távolítottak el. A hólyagot formalin catguttal egyesítették, a húgycsőbe állandó cathetert helyeztek.

A seb per primam egyesült. Jan. 14.-én eltávolították a cathetert, jan. 21.-én a beteg gyógyultan kiment.

1905. decemberben újra vizelezszavarok jelentkeztek. A beteg f. é. márcziusban fölvetette magát s a hólyagban megállapított kő miatt márczius 21.-én lett operálva. Miután a húgycső szűkült, csak 12-es Ch.-el átjárható, újból epicystotomiát végeztünk. A tyuktojásnyi puha, törekeny kő a hólyag elülső-felső falának diverticulumszerű kiöblösödésében foglalt helyet. A követ ismét csak darabokban sikerült eltávolítani. A vizelet zavaros volta miatt a hólyag sebet nyitva kezeltük, cathetert nem alkalmaztunk. A sebgyógyulás ápril. 12.-ére zavartalanul bekövetkezett, s a beteg gyógyultan távozott.

Az eltávolított kő súlya 40 gramm, magvát a többszörös, de egy esomóba összeálló hólyag catgut-varratok képezik.

Ezen lelet, valamint a hólyag elülső falának diverticulumszerű kiöblösödése a mellett szólnak, hogy ez esetben a hólyag sebe a látszólagos prima gyógyulás daczára szétvált s a varratok a hólyagba kerültek.

Ezen eset is bizonyítja, hogy epicystotomia után a hólyagvarrat anyaga is képezheti a kőrecidiva okát, a mint ezt már többször észlelték. E szakosztálynak BORBÉLY dr. mutatott be hasonló

esetet, hol azonban az egyes selyemvarratok körül apró kövek képződtek, melyek a húgycsővön át kiürülhettek.

## 2. ELFER ALADÁR dr. beteg bemutatása:

16 éves szücs inast mutat be, kinck folyó hó 16.-án reggel a bal alsó szemhéját pók csípte meg. Csípés után a szemhéjon apró hólyagok keletkeztek. 17.-én a bal arczele és feje bal oldalt megdagadt, 18.-án jobb oldalt is, és e miatt 19.-én este bejött a sebészeti klinikára, honnan, mint anthrax-ra gyanusát, a bőrgyógyászatra küldték, honnan már hozzánk anthrax diagnosissal került.

A diagnosis helyességét bizonyította a bakteriologiai vizsgálat positiv eredménye is.

A betegnél MAKARA tanár úr javaslatára a beszűrődött területeket és a fekélyt megpaquelineztük, ennek daczára a beteg állapota rosszabbodott. 21.-én a beszűrődés már lement a nyakra, az interscapularis táj felső részére. Ekkor estére kaptuk a táviratilag rendelt DETRE-féle serumot, ebből 12 köbcm.-t a venába és 8 köbcm.-t bőr alá feeskendeztünk.

Befecskendezés után a hőmérsék a következőleg változott: Egy óra mulva 38° C., 2 óra mulva 40·1° C., éjjel 12 órakor 38·5° C. és éjjel 2 órától fokozatosan csökkent 37·2—36·7-re és ezóta a beteg hőmérséke állandóan 37° körül van.

Az oedema a serum befecskendezése után csökkent és harmad napra eltűnt. Ma (ápr. 28.) csak az áll alatti kevés mirigybeszűrődésben lehet megtalálni a reactio nyomát.

Ha ezek mellett a beteg egyéb általános tüneteit vesszük tekintetbe, azokban se kapunk lényegesebb változást. A vizelet kiválasztása rendes, a vizeletben fehérje, se a serum alkalmazása előtt, se azután nem volt. Az ütérlokés és szívműködés a hőmérséknek megfelelő változást mutatott, de eléggé telt volt. A tüdők felett hurutos tüneteket nem kaptunk. A nyelv nem volt bevonva. A közérzet se volt megzavarva. Úgy, hogy általános fertőzésre nem következtethettünk. A beteg véreből anthrax bacillust kitenyésztteni nem sikerült, míg az elsődleges megbetegedés helyéről igen. A beoltott malacz 38 óra alatt elpusztult. A malacznál helyi oedema fejlődött, véreben és a nyirokban anthrax bacillusokat kaptunk. Így tehát semmi kétségünk se volt az iránt, hogy ez lépfene fertőzés volt.

A tünetek ilyen gyors változása, a hőmérsékletnek ilyen gyors leesése mellett a serum alkalmazása után nem szabad elzárkóznunk azon eshetőség elől, hogy ezen gyors változásokat a serum okozta. Hivatkozhatok azon adatokra, a melyeket lépfenében szenvedő betegeknél a serum alkalmazásával összegyűjtöttek. Olaszországban és Amerikában kiterjedten használják az anthrax ellenes serumot. Nálunk 5 évvel ezelőtt DETRE tanár készített ilyen serumot s marhákon

és lovakon próbálta ki sikerrel. Ő már akkor hangoztatta, hogy anthraxos embereknél is ki kellene próbálni.

Magyarországon évente körülbelül 6—800 anthrax halálozás történik, mégis körülbelül egy fél éve, hogy a sérumnak embereken való kipróbálásáról az első közlemények megjelentek. Ezeket a próbákat a nagyváradi közkórházban végezték, hol 3 eset közül 2 meggyógyult.

Ha ezek az esetek csakugyan anthrax esetek voltak, részletes felvilágosítást a bakterologiai vizsgálat eredményét illetőleg nem kapunk, a mi esetünk lenne a negyedik, a melyben serumot alkalmaztak.

Hangsúlyozni kívánom azt, daczára annak, hogy az ember a lépfenek ellenállóbb, mint az állatok, mégis ezen serumot alkalmazzuk, mert sokszor látjuk, hogy még akkor is, mikor idejében kapjuk az esetet, — különösen nagyobb tapasztalatú sebészek beszélhetnek ily irányban — daczára a kimetszésnek, s a legerősebb paquelinezésnek a beteg általános sepsis tünetei között pusztul el. A sebészi beavatkozás mellőzésével különösen helyi lépfene fertőzésnél megpróbálandónak és alkalmazandónak tartom a lépfene ellenes serumot.

4. LÖTE JÓZSEF tanár előadása: „*Módosítás a vérsajt számláló eljárásban*“ czímen ismerteti, a maga módszerét, a melynek lényege: A vér és hígító folyadék külön-külön pontos kimérésében és összekeverésében áll, valamint a hígító folyadék összetételében való megváltoztatásában áll, a számlálásnak pedig az egész négyzetmilliméter vérsajt tartalmára ki kell terjednie. (Jelen Értesítő 66—69 l.)

Hozzászól ELFER ALADÁR dr.:

Elismeri hogy LÖTE tanár úr által bemutatott vérsajt számláló készülék kezelése egyszerű voltánál és azon körülménynél fogva, hogy vele a számláláshoz használt vér mennyiségét pontosan lemérhetjük az eddigi ismert melangeurökkel (THOMA-ZEISS) szemben előnyben részesítendő. Minthogy ő a vérsajt számlálásnál felmerülő hibákat, csatlakozva BÜRGER-hez a ZEISS-féle kamara alkalmazásából származtatja, azt hiszi, hogy a LÖTE tanár úr eljárásával sokkal pontosabb eredményeket érhetnők el, ha a vérsajt számlálásra a BÜRGER-féle kamarát használnánk.

Dr. JANCsó MIKLÓS

A ki hosszabb ideig dolgozott ilyen vizsgálatokkal, az igazán nagy örömmel üdvözli LÖTE tanár úr módosítását, mert egyáltalában nem gusztusos dolog, hogy az ember örökké a szájába fogja a lopókán ak a végét, a melyről nem tudja, hogy kinek a szájában járt és hol volt letéve. Azonkívül rendes dolog az, hogy rövid idő alatt ez a készülék elromlik, mert valami miatt beszárad a vér és nem tudjuk többet kimosni és általában sohase takarítható jól ki a régi eszköz.

Ezért már gusztusos és tisztán tarthatósága miatt is örömmel fogja a LÖTE tanár úr készülékét alkalmazni.

DR. LÖTE JÓZSEF tanár válasza.

Az ELFER kartárs úr fejtegetése ellenére is kénytelen vagyok azt az állításomat fönntartani, hogy a főnehézség éppen a folyadékok kimérésében és a helyes elegyítésében áll. Hogy a levegő nyomása következtében milyen mértékben hajolhatik be a fedőüveg, hogy az számottevő hibát eredményezne, a vérsajtek egyenlőtlen eloszlásából származó hibát, illetőleg azt nem értem és azt inkább csak tudományos játéknak tartom, hogy a meleg hatását a lopókára és a levegő nyomásának a befolyását a számlálásra kiküszöböljük. Ezek nem lényeges dolgok. Utóvégre ez a módszer teljes tökéletes-ségre nem jut. Kezdetleges és csak hozzávetőleges tájékozást nyerhetünk ezen eljárással.

## XII. szakülés 1906 május 5.-én.

1. DR. KENYERES BALÁZS tnr. : Sorozatos előadásban a törvényszéki orvostani intézetben 10 év alatt összegyűjtött fényképeket kívánja bemutatni. Előadását Röntgen felvételek bemutatásával kezdi s válaszolja a Röntgen vizsgálat törvényszéki orvostani jelentőségét kifejtve, hogy azt milyen esetekre ajánlották és milyen esetekben lehet tényleg használni. Mai előadásában főleg a Röntgen felvételek hasznát az élve és halva születés felismerésénél tárgyalja. (Jelen Értesítő 70—77 lapjain).

2. MARKBREIT IRÉN DR. előadása: „Adatok a papillán előforduló kötőszöveti meniscusok aetiológiájának ismeretéhez“ címmel.

Előadó 10 esetet észlelt az elmeorvóasztati intézetben. Szemorvosok igen ritkán látják ezen elváltozásokat, mivel látási zavart nem okoznak, csak véletlenül kerülnek felismerésre. Az irodalomból összeállított hasonló esetek közül különösen kiemeli SZILY tanár 3 esetét és ezek rajzát bemutatja az „Augenspiegel Studien zu einer Morphographie des Sehnerveneintrittes im menschlichen Auge“ című munkából. Azután az irodalomban felemlített aetiológiákat bírálva kifejti, hogy ő fejlődési rendellenességnek tartja e membránakat, esetei több tekintetben igazolják e nézetét, mert az előadott betegeknek a szervezet részéről és a szemben ezen elváltozásokkal egyidejűleg sok degeneratívus jel volt és a gyakran vele előforduló polaris cataracta posterior és az arteria hyaloidea persistens arra mutatnak, hogy e membrana az arteria hyaloidea maradványa.

## XIII. szakülés 1906 május 12.

1. DR. KENYERES BALÁZS előadása: Beszámoló a törvényszéki orvostani intézetben végzett Röntgen vizsgálatokról. 2. A halál jele Röntgen képen (L. Jelen Értesítő 78—83 lapjain).

2. MARKBREIT IRÉN DR. előadása: „A könytömlő *chronikus gyuladásairól és exstirpációjáról*“ címmel. (Megjelent a „Szemészeti Lapok“ 1. sz.)

Hozzászól HOOZ KÁROLY tanár: Csupán csak egy megjegyzést akarok tenni: SCHIRMER ugyan sokat foglalkozott a könytömlő és változásainak kérdésével, mégis abban határozottan nincs igaza, hogy az aspirationnak csekély hatást tulajdonít. Klinikai tapasztalatok is megerősítik, hogy ha hosszabb ideig állott fent dacryocystitis és ú. n. tumor lacimalis fejlődött azaz a könytömlő erősen kitágult s ennek következtében atoniás lett, bármily átjárható legyen is a könytömlő a könny elvezetés nem történik meg tisztességesen soha, mindig könyvezés van. Ebből nyilvánvaló, hogy rendes könnyelvezetés csak akkor lehetséges, ha a könytömlő ezt a szívóhatását képes kifejteni.

#### XIV. szakülés 1906 május 29.-én.

1. VESZPRÉMI DEZSŐ mtanár előadása: „Kísérletes vizsgálatok egyes fertőzés esetéből származó bakteriumokkal (streptothrix, cladothrix, bac. fusiformis, spirochaeta gracilis). — (Megjelent az „Orvosi Hetilap“ 1906. 48—52. számaiban.)

#### XV. szakülés 1906 május 26.-án.

1. DR. ELFER ALADÁR bemutatásai:

Körülbelül 3 évvel ezelőtt igen érdekes, diagnostikai szempontból ritkább esetet mutatott be, a mikor a bal viszeres szájadék szűkülete mellett a bal recurrens hűdése volt jelen.

Jelenleg hasonló esetet mutat be. Ennél stenosis ostii venosi sin. és insufficiencia bicusp. mellett szintén bal recurrens paralysis van. Minthogy a mint a Röntgen vizsgálat is mutatta, sem aneurysma, sem az aortából kiinduló, vagy vele összefüggő más daganat nincs, a mely a recurrensnek a hűdését nyomás útján előidézhethetné; sem tabes, vagy bulbaris paralysis nem mutatható ki, jogosúltnak látta összefüggésbe hozni a recurrens paralysist a szíven észlelhető változásokkal.

Hogy milyen könnyű ilyen eseteknél a tévedés, bizonyítja egy másik hasonló eset bonczolási eredményének a bemutatásával. Az illető decompensált szívbajjal került a klinikára s rekedt volt. Ennél is insufficiencia bicuspidalist s stenosis ostii ven. sin-t és bal recurrens paralysist talált és ennél is hajlandó volt a hűdést a szív-megbetegedéssel összefüggésbe hozni.

3 nappal ezelőtt végzett bonczolásánál a következők derültek ki. A kitágult jobb szívfél foglalja el a mellső területet, a bal gyomor egészen hátra vonult s összezsugorodott. A jobb szív erősen

megnagyobbodott és hypertrophisalt; a pulmonalis és az összes szájadékokon finom felrakódások voltak. Az a. pulmonalis bemeneti nyílása nagyon tág, s az a. pulmonalis kerek nyílással közlekedik az aorta ívvel, vagyis itt a Ductus Botalli nyitvamaradásáról van szó. Az aorta és a belőle eredő edények hypoplasiásak (Aorta angusta). Az aorta és az a. pulmonalis erősen összekapaszkodnak. A bal oldali n. recurrens az aorta hajlásán meg van vékonyodva, ez a bénulási terület kezdete. A baloldali m. cricothyreoideus int. sorvadtt sárgás.

Jelen eset, valamint a felsorolt irodalmi esetek (RIEDER, TUTSEK, GERHARD, SCHRÖTTER) bizonyítják, hogy a n. recurrens hűdése és a d. Botalli nyitva maradása között szoros összefüggés van. Nehány szóval az ilyen esetek bonczolásánál követendő-eljárásokról (SCHRÖTTER) is megemlékezik.

2. DEMETER GYÖRGY DR. az exostosis cartilaginea multiplexről értekezik egy eset kapcsán.

A beteget nem mutathatja be, mivel a belklinikáu volt beteget hosszabb ideig nem tarthatta itt. JANCsó magántanár úrral együtt a betegről fényképfelvételeket készítettek és esontjairól Röntgen átvilágosításokat s így csak ezeket a felvételeket mutathatja be.

T. J. 22 éves nőtlen cipész családjában hasonló bántalom nem fordult elő. Jelen baja kiskorában jelentkezett. A kinövések először a jobb vállán és bal könyökén jelentkeztek, majd pedig több helyen egymásután a test fejlődésével. A csontok növekedésével kapcsolatosan a csomók is mind nagyobbak lettek és a nagyobbak környékén fájdalmak léptek fel. Ezért több vidéki kórházat keresett fel, azonban segítségben nem részesült.

A 136 cm. magas, elég jól fejlett izomzatú, gyengén táplált férfi egyén bal felső végtagja valamivel rövidebb; a kulcsesontjai feltűnően előre domborodnak, alsó végtagjai rövidek, járása döcögő. Csontrendszere a következő elváltozásokat mutatja: *a)* a jobb váll közepe táján alma nagyságú, dudoros felületű csontkemény duzzanat, a mely nem mozdítható, a felkaresonttal együtt mozog, fájdalmas. *b)* Hasonló természetű és nagyságú duzzanat a bal kar alsó harmadának külső oldalán, a melynek mellső felületén diónyi dudor. *c)* A jobb csukló tájon az orsó és singsont között mogyorónagyságú dudor. *d)* A bal csipő jobban kiemelkedik, a medenczetányéron kis alma nagyságú dudoros felületű karélyos daganat. *e)* A jobb czomb alsó harmadának felső határán a belső oldalon baraczk, a külső oldalon valamivel kisebb dudor, úgy szintén az alszár felső harmadának belső oldalán, valamint a szárcapocs fejének a külső oldalán egy-egy mogyorónyi duzzanat. *f)* A bal czomb alsó harmadának belső oldalán gyermektenyérnyi nagyságú, egyenlőtlen felületű keményedés, valamivel kisebb a külső oldalán. A bal szár-

kapocs fejének külső oldalán egy-egy mogyorónyi duzzanat. Mind-ezen esontkinövéseket igen jól tünteti fel a betegről készült stereoscopikus fénykép felvétel.

Az exostosis cartilaginea multiplex elnevezés Cooper-től származik, a ki ezen növedékek porczos eredetét először hangsúlyozta. Orro a csont felületén létrejövő exsudatiót tekinti ezek kiinduló pontjának. COHNHEIM porczesír plust vesz fel. Mások szerint a csontban elhelyezett porczszigetekből keletkeznének a kinövések. VIRCHOW tisztázta a porczos exostosisok mibenlétét. Úgy tekinti ezeket, mint kinövéseit a csont felületének, a melyek részben tömött, részben szivacsos állományból állanak és felületük többé-kevésbé vastag porczréteggel van bevonva.

### XVI. szakülés 1906. október 6.-án.

1. PURJESZ ZSIGMOND tanár, az őszi ülések sorozatát, a következő elnöki megnyitóval vezette be:

Midőn a t. szakosztályt üdvözölni van szerencsém, nem tehetem ezt a nélkül, hogy meg ne emlékezsem a mult munkaévben meghonosított ama változásról, miszerint üléseinket hetenként tartjuk; hogy fel ne vessem azt a kérdést, hogy az ülések e szaporításának szükségessége valóban fömfordított-e? volt e elég erőnk, törekvésünk és hajlamunk a kitűzött cél megvalósításához? Én azt hiszem t. sz.! miszerint a nélkül, hogy a szerénytelenség vádjátcl kellene tartanunk, elmondhatjuk szaküléseinkről, hogy azok, ha nem is érték el azt az eszményi magaslatot, melyet e változás meghonosításakor elérendőnek tartottunk, közelebb hoztak bennünket a célhoz, a mennyiben az előadások és bemutatások úgy beltartalomra, mint érdekességre és tanulságosságra nézve, olyanok voltak, hogy — számolva a rendelkezésre álló erők és anyag bizony nem nagy számával — egyrészt visszatükrözték mintegy mikroszkosmus alakjában azt az élénk pezsgést, mely az orvosi tudomány nagy makrokosmosában élénkebben folyik ma, mint valaha, másrészt meg elég vonzó erővel birtak tagjainkra nézve, úgy, hogy az érdeklődés, a munkában való részvétel is nagyobb kört ölelt fel, mint azelőtt.

A mióta az orvosi tudomány művelőkre talált, mindig voltak és keletkeztek társulatok a célból, hogy a tudomány fejlesztése és hasznosítása végett, a vizsgálódás és tapasztalat révén szerzett ismereteket kölcsönösen közöljék egymással, mi által nemcsak az vált lehetővé, hogy az egyesek által kifejtettek, bírálat tárgyává téve több kilátás nyílt arra, hogy a konkoly a termő magtól biztosabban választassék külön, hanem a jó gyanánt elismertek terjesztése és a szenvedő emberiség számára való hasznosítása is lényegesen megkönnyítettett.

Ha valaha szükség volt ilyen társulatra, úgy ez ma, az orvostu-



domány mai viszonyai közepett, még fokozottabb mértékben mondható. Tudományunk törzséből mind újabb, és újabb hajtások fakadnak és részesülnek oly intensív művelésben, hogy szinte új törzset képezve, azoknak egyenkénti áttekintése egy ember erejét túlhaladja, teljes lehetetlen az ma, hogy egy emberi elme tudományunknak, nem összes, de csak főágait is, felölelhesse. A beteg ember pedig, akin ez ismereteket gyakorlatilag alkalmazunk kell, mindenkor egy concret egészet képez, annak minden egyes szerve viszonyos összeköttetésben áll egymással és az egészszel; kiszakítva az egészből, elkülönítve, egymagára hagyva, annak működése ép oly kevéssé képzelhető el kóros, mint élettani viszonyok között. Mi sem egyszerűbb tehát mint az, hogy ily társulati működés segítségével, hol a különböző irányban dolgozók egymással érintkezve, vizsgálódásuk, tapasztalatuk credményét egymással megismertetve és kicserélve, folytonosan tanulva és tanítva leginkább megóvhatjuk magunkat az egyoldalúságtól, leginkább tarthatjuk meg az egész feletti áttekintést, a mi pedig bármely betegség megítélésénél az említett viszonylagos összeköttetésnél fogva elkerülhetetlen.

Még inkább áll ez, ha meggondoljuk, hogy az orvostudomány, de különösen a gyógytudomány terén, mily gyökeresen változnak az elvek, a nézetek, melyek rövidebb, vagy hosszabb ideig irányítják az orvosok tevékenységét, sőt mintegy fogva tartják egész orvostársadalmunk gondolatmenetét is. Pedig — ha szabadna e szót, hogy „divat“ tudományos mozgalmakkal szemben használnunk, a nélkül, hogy a trivialitás vádjának teennők ki magunkat — el kellene ismerünk, hogy a pathologiai fölfogások és még inkább a gyógyítási törekvések akárhányszor egy tetszetős jelszó segítségével oly hamar általánosíttatnak, miszerint igazán nehéz nem a divat befolyásának tudni be azok gyors és minden oldalról való elfogadását, melynek nyomása alól az egyes ember alig térhet ki.

Csak egy példával akarom a mondottakat illusztrálni: Minél pontosabban kezdették a mult század hatvanas évein innen a betegágynál a hőmérőt alkalmazni, annál sokszorosabban győződtek meg arról, hogy a heveny lázas betegségekben szenvedőknél pl. a hasi hagymáznál rendszerint, annál súlyosabb a lefolyás, gyakoriabbak a szövődmények és gyakoriabb a halálos kimenetel, minél magasabb a hőfok és minél tartósabban volt az ilyen. A kísérlet pedig, melyet állatok müleges felmelegítésével eszközöltek, arra mutattak, hogy túlságos felmelegítés következtében elhalt ily állatok szívizomzatán zsiros elfajulás jelei állapíthatók meg. E két tény alapján **LIEBERMEISTER** és követői azonnal kiadták a jelszót, hogy a typhusbeteget is leginkább a magas hőmérsék és a szívizomzatnak ezáltal létrejött megrongálása veszélyezteti és az orvosok nem is keresve azt, hogy a szívizomzatnak ilyenmő megrongálása csakugyan fönnáll-e és ha igen,

valóban csak olyan typhuseseteknél fordul-e elő, melyekben tartós volt a magas hőemelkedés, ezt a nézetet azonnal magukévá téve, az egész vonalon mindent elkövettek a hőmérsék leszállítására, nem is gondolván arra, hogy amaz esetek talán nem azért súlyosak csupán, mivel hőmérsékük magas, hanem azért magas a hő, mivel az eset súlyos és ha ily esetekben nagyobb a halálozás, nagyon egyoldalú eljárás ezért csupán a magas hőmérséket felelőssé tenni. Azért küzdünk ma is a túl magas hőmérsék ellen és szívesen vesszük igénybe a mindinkább tökéletesebb, újabb gyógyszereket és eljárásokat, de tudjuk, hogy a hőmérséknek egyedüli lefokozásával — történjék ez, akár belső lázellenes szerekekkel, akár fürdőekkel — még nem hártottunk el a betegtől minden veszélyt, mint ezt pld. BRAND a typhus hydrotherapiás kezelésének megalapítója és utána mások is állították, mert hiszen csak egy tünetet mérsékelünk.

Még számos példával illusztrálhatnám, hogy mily gyorsan terjednek orvosi nézetek, a nélkül, hogy azok terjedésük gyorsaságával arányos hosszú időn át tarthatnák is magukat; elég ha a magunk példájára mutattunk rá; hiszen igazán koros ember alig van közöttünk és mégis mennyire más orvosi atmosphaerában nőttünk föl, mint a melyben ma élünk.

Ámbár az orvosi tudomány állásának megjelölésénél, annak minden ágát egyenlően kell mérlegelnünk, általában mégis a therapia az, mely ily jellemzésnél vezet. Nem mintha ez egy külön tudományt képezne, vagy egymagára hagyva, külön képes volna haladni; hiszen a gyógyítás tudománya ma már nem lehet más, mint az elméleti és kísérleti kutatások eredményének, valamint a józan és elfogulatlan tapasztalat tanulságának alkalmazása. Ezen pars pro toto használata bizonyára nem csupán azért vált szokásossá, mivel a nagy társadalom tudományunkkal leginkább ezen a réven áll összeköttetésben, hanem főleg azért, mivel az orvosi tudomány eltér más tudományoktól abban, hogy a tudást — akár bevallva, akár be nem vallva — nem tekinti önczélnek, mint némely szorosabb értelemben vett exact tudomány, minden orvosi vizsgálódásnak végczélja az, hogy az emberiségnek, a beteg embernek hasznára legyen.

Gyógytudományunk mai állását talán legjobban jellemezhetjük, ha azt mondjuk, hogy az, az activitás, a nagy activitás jegyében áll. Csak egy pillantást kell vetnünk ama nagy apparatusra, az utóbbi időben megsaporodott gyógyszerek nagy számára, a dieteticai, physikalis hatányok, víz, fény, villamosság, mechanikai örök igénybevételére, serotherapiára, suggestiv hatásra szánt beavatkozásokra, melyekkel ma rendelkezünk. A különbséget a közel múlttal szemben az fogja leginkább észrevenni, kinek emlékei még visszanyúlnak a therapia amaz alig mult korszakába, melyet az exspectativ acrának neveznek. Oly nagy rendelkezésünkre álló gyógyapparatus

az expectativ aera szegényes és szűkös eszközeihez képest, hogy szinte nem is csodálkozhatunk, ha ma minden kezdő therapeuta, kinek sikerült egyik-másik lázas betegének hőmérsékét a divatos lázellenes szerek egyikével-másikkal 1—1½ fokkal leszállítani, önelégülten állítja magát szembe az éppen alig mult aerával, melyet már nem is nevez expectatióznak, hanem gúnyosan az orvosi nihilismns idejének mond. Nem mondom én, hogy nem boldogabb az az orvos, ki ma áll a betegágy mellé, annak tudatában, hogy menyivel nagyobb számú beavatkozásra nyílik alkalma betege érdekében, ama nagyszámú gyógykincs birtokában, melyhez az újabb kor vívmányai juttatták, mint az, a ki az expectativ aera idejében bizony szinte összetett kezekkel volt kénytelen a betegség természetes lefolyásának megfigyelésével megelégedni. De azért mégis nagyon különösnek tartom, hogy az elmúlt aerát e miatt szemrehányással, váddal, vagy a nihilismus gúnyjával illessük. Ám menjenek a történelemben egy lappal vissza és megtalálják e tartózkodó eljárásnak tanulságos magyarázatát. A legdúrvább mysticismus, a legvadabb empirismns előzte meg ezt a kort; a kórboneztani vizsgálatok kezdete és a bonczitani leletnek a klinikai jelenségekkel való összeegyeztetése okkor kezdődött; ez alapon fejlődött a diagnostika azelőtt nem is sejtett magas színvonalra, mi sem természetesebb tehát, mint hogy bizalmatlanok lettek azon gyógyfactorokkal szemben, melyekről ezen aera egyik képviselője, DIETL azt mondja, hogy: „eddigi gyógyszerismeretünk mult idők mondáin és traditióin alapszik, a tudományal való minden összeköttetést nélkülözi; kétes értékű alapját a tekintély és kegyelet szolgáltatja; nem ismerik a betegségek természetes lefolyását és minden kedvező fordulatot az éppen alkalmazott gyógybeavatkozásnak tulajdonítottak“. És ezért folytatja DIETL tovább joggal, hogy „suum cuique, az én törekvésem első sorban annak kiderítése és őszinte beismerése, hogy az észlelés alá került kóralakoknál, mely változás az, mely a természetes lefolyásnak és melyik az, mely művészetem beavatkozásának következménye“. Ez őszinte vallomás és minden ízében természetbúvár munkájára valló eljárás bizonyára mindent inkább érdemel, mint szemrehányást, vagy gúnyt. Olybá volna e szemrehányás tekinthető, mintha mi elődeinket azért vádolnók meg, a miért nem hátültöltőkkel és füstnélküli lóporral védték meg az ország határait, vagy a miért nem gőzekéssel munkálták meg a földet, hogy reánk nagyobb kincseket hagyassanak.

Az expectativ aera sem vádolta az előbbi kor orvosait azért, hogy előbb kezdetek gyógyítani, semmint orvosi ismeretekkel rendelkeztek. Az emberi természetben rejlett ez eljárás oka. Az embernek szenvedései előbb megvoltak, semmint az orvosi tudomány fejlődött; a szenvedő ember írt, balzsamot keresett sebeire; és ismét

a természettől az emberbe oltott jóindulat, a segíteni akarás hozta magával, hogy embertársai iparkodtak — úgy a hogy tudtak — a meglevő bajokon segíteni. De végre el kellett érkeznii annak az időnek, hogy a tudás révén állapították meg azt, hogy miként folytunk be a természet művébe változtatólag; mert hiszen a betegségek is ép úgy természeti jelenségek, mint akár a villám, akár a jégeső. Addig, míg a villám lényegéről tájékozva nem voltak, villámhárítóról sem gondoskodhattak. A betegségek természetét, természetrajzát és mint ehhez tartozót első sorban a betegségek természetes lefolyását is ismerni kell előbb, semmint a természettől belénk oltott ösztönből kifolyólag azok lefolyására módosítólag akarjunk hatni. Ezért kellett az expectativ acranak, a régi mysticismus, empirismus és a mai tudományos, activ therapia közé beékelődni. Jól mondja MAGENDIE, nagy physiologiai kézikönyvében: az astronomiának az astrologiával, a chemiának az alchymiával kellett kezdődni, a physika hosszú időn át nem volt egyéb absurd rendszerek összehalmozódásánál. Az emberi szellemnek hosszú időn át a tévedések tömkelegében kellett bolyongani, a míg az igazság felderítéséhez foghatott.

És tényleg, ha jól körülnézünk a történelem lapjain, meggyőződhetünk, hogy a most meghonosodó, csak sajnos, még nagyon korlátolt mérvben rendelkezésre álló, legnagyobb haladásnak hirdetett therapiának, az antitoxinos therapiának *elvé*t hirdették az expectativ aera szóvivői is. Így DUETL, midőn 1845-ben, egyik értekezésében azt mondja: „Csak a természet tud“ ez a gyakorlati orvoslásban legfőbb alaptörvénye, a melyhez még akkor is kell ragaszkodnunk, ha sikerül egy annak alárendelt gyógyelvet fölfedezni. Vagy mi mást teszünk akkor, midőn valamely antitoxint tartalmazó serumot fecskendezünk be a szervezetbe, mint azt, hogy ép oly gyógyító erővel segítjük a szervezetet a betegségekkel való küzdelemben, mint a minőket e célra ő maga is termel, és termel a legtöbb esetben oly mennyiségben, hogy a mi segítségünkre nem is szorúl és a védelmi harcot befejezi sikerrel a maga erejéből. Vagy az operativ orvoslás, mely ma oly sikereket mutat fel, mint a minőkről elődeink még csak képzeletet sem alkothattak maguknak, ezeket a bámulatos eredményeket nem az által éri-e el, hogy mindent elkövet a végből, hogy a természet zavartalanul fejthesse ki gyógyító erejét, a miért is minden körülméteintéssel arra töreksszi, hogy az általa ejtett sebtől távol tartsa a levegőben, a környezetben leselkedő ellenséges mikróbakat, melyek a természet csendesen gyógyító munkáját zavarhatnák.

Az expectativ aera igaz nem vezetett a mai activ therapia ígéret földjére, de az bizonyos, hogy megmutatta és előkészítette az oda vezető útát.

A most rendelkezésünkre álló gyógykincsek nagy száma tehát ne arra bírjon minket, hogy elődeinket ócsároljuk vagy gúnyoljuk amaz öntudatos és jól meggondolt eljárásukért, mely őket arra bírta, hogy ne tekintély és mondák útján forgalomba hozott gyógyszerekkel, hanem előbb megállapított tudás alapján merészkedjenek belemarkolni a természet ama bonyolódott és még ma is sok tekintetben homályos játékába, melyet betegségeknek nevezünk; sokkal inkább helyén van az, hogy e bőven rendelkezésünkre álló gyógykincsekkel meggondolva, óvatosan bánjunk; ne ragadtassuk magunkat arra, hogy csak azért, mivel módunkban van a betegség emez vagy ama tünetét egyik vagy másik szerrel befolyásolni, már most csupán a hatásvadászatért alkalmazzuk is azokat még akkor is, ha a körülmények nem követelik. Tartani lehet attól, hogy az esetre, ha e kincsekkel nem bánunk elég gonddal, e könnyű gondolkodás meg fogja magát bosszulni és ép úgy visszahatást szülni, mint a hogy megteremtette az expectativ korszakot megelőző polypragmasia a minden tudományos alapot nélkülöző homoeopathiát. Egyaránt áll ez úgy a tulajdonképeni pharmakotherapiára, mint a most annyira divatos physikalís therapiára, melyet a kuruzslók ép úgy, mint a magukat büszkén természetgyógyászoknak nevezők, úgy is az iskola-orvosok részéről tőlük elhódított dominiumnak tekintenek. Ez óvatosság annál szükségesebb, mert ha az utóbbi években, hála a nagy elmék soha nem szűnő fáradozásának és a technika újabb vívmányainak, sokban gyarapodtak is therapeutikai ismereteink, még mindig sok a tenni való; sajnos, még nagyon sokszor mutatkozik erőnk és tudásunk fogyatékosnak; de azért nem esüggedünk, hanem bizunk abban, hogy e haladás előbb-utóbb el fog juttatni bennünket azon eszményi célhoz, mely minden therapeuta előtt lebeg. Azzal az óhajtással, hogy szakosztályunk működése is minél hathatósabban segítsen eme boldogító nemes cél elérésében, van szerencsém mai szakülésünket megnyitni.

## 2. KANITZ HENRIK dr. bemutat:

a) Egy *lupus vulgaris, tuberculosis verrucosa cutis, scrophuloderma, folliclís és erythema induratum (Bazin)*-ban szenvedő beteget. A betegnél (17 éves napszámos) az első elváltozások 3 év előtt jelentkeztek. Satnya, gyengén fejlett fiú, mirigyduzzanatokkal, a habitus phthisicus minden jelével. Bejövetelkor (1906. június) a bőrelváltozások a következők voltak: bal arczfelén tenyérszerű kiterjedésű *lupus vulgaris*, a jobb kézháton és a bal láb külső bokája felett a *tuberculosis verrucosa cutis*nek egy-egy gyermektenyérszerű jellegzetes göcze, a felső és alsó végtagokon számos kisebb-nagyobb *scrophuloderma* csomó, legnagyobb részét a csonthoz rögzítve. Ezen elváltozások már több hét óta kezelés alatt állanak (excochleatio, Röntgen-kezelés, Besnier-féle kenőcs alkalmazása) és jelenleg már a

gyógyulás stadiumában vannak. E 3 kóralakon kívül még egyéb elváltozások kötik le figyelmünket. Az alsó végtagok hajlító oldalán rendetlenül elszórt kölesnyi, egész lencsényi, barnás-vörös színű, tömött göbcsék láthatók, melyeknek közepét sokszor szürkés-fehér, erősen tapadó pikkely-lemezke borítja. E göbcsék a beteg bejövetele óta fennállanak, egyrészüik barna festeny foltok visszahagyásával visszafejlődött. Ezen elváltozások a *folliculis* kórképének felelnek meg. Feltűnik továbbá a jobb alszár elváltozása, ez sokkal vastagabb, mint a bal, a megvastagodás főleg a középső harmadát illeti, melynek bőre a suralis izomzat legnagyobb domborúságának megfelelőleg barnás-vörösén elszíneződött. A tapintó kéz e helyen a bőr mélyebb rétegeiben és a subcutisban egy szabálytalan korongalakú, felfelé egy kötegbe kifutó, elég tömött beszűrődést érez, mely nem fájdalmas, jól körülhatárolható és az izomzat fölött elmozdítható. Ez az elváltozás a beteg kórházi tartózkodása alatt fejlődött, egy mogyorónyi, a bőr alatti kötőszövetben ülő csomócska fellépésével véve kezdetét és 3 hónap óta folyton progrediál. A klinikai kép alapján és főleg a többi nyilvánvalóan gümös természetű bőrelváltozással való együttes előfordulást tekintve, a kórismét *erythema induratum scrophulosorum*-ra tehetjük.

E kóralaknak gümös pathogenesise ma már kétséget nem szenved. A szövetseni vizsgálatok, melyek közül a HARTUNG és ALEXANDER-éi emelendők ki, kimutatták, hogy ezen elváltozások bonczani substratumát jellegzetes gümös szövet képezi, de még bizonyítóbbak a pozitív eredménnyel járó oltási kísérletek, a minőket THIBIERGE, RAVAUT és Cox végeztek.

A bántalom igen ritka, klinikailag az idült lefolyás, továbbá az jellemző, hogy a csomók csak ritkán lágyulnak meg, hanem hosszas fennállás után spontán felszívódnak.

b) Bemutatja *Lues-mikropapulosa (lichen syphiliticus)* ritkább esetét.

c) *Kerion Celsi (trichophytiasis profunda capillitii)*-ben szenvedő beteget mutat be, kit a bántalom nagy kiterjedése és intenzitása (majdnem az egész hajzatos fejbőrt egy szivacsos tumorszerű szövet borítja) tesz érdekessé.

3. Dr. KENYERES BALÁZS e. tanár „Pillauat felvételek Röntgen-sugarakkal“ czímen tartja 3. előadását, a törvényszéki orvostani intézet gyakorlatában előfordult és fényképekkel rögzített eseteket ismertetve. (L. jelen Értesítő 84—87. lapjain.)

## XVII. szakülés 1906 október 13.-án.

1. GÓTH LAJOS dr. bemutatja SEMMELWEIS egy kéziratát, a mely „Zwei offene Briefe an dr. J. SPAETH in Wien und an dr. F. W. SCANZONI zu Würzburg“ czímű füzethez volt csatolva. A

levélben, melyet néhai MAIZNER tanár könyvtárának rendezése alkalmával talált, SEMMELWEIS kérdi, hogy igaz-e, hogy a kolozsvári szülõintézet assistense egyúttal a Karolina-kórház sebésze is, továbbá adatokat kér a puerperalis láz viszonyairól.

2. Dr. BUDAY KÁLMÁN tanár referáló előadást tart a daganatképződésre vonatkozó kísérletes vizsgálatokról. A kísérletes irány, a mely állatoltásokkal akarja a daganatok keletkezését és növekedését tanulmányozni, aránylag nem régi keletű, mindazáltal már is oly eredményekre hivatkozhatik, a melyek igen jelentékeny haladásnak tekinthetők a daganatok ismeretében. Ezen vizsgálati eredmények mai stadiumáról hű képet adott az ez évi szeptember hónap végén Heidelbergben és Frankfurtban tartott nemzetközi rákkonferencia; előadó részint az itt tapasztaltak alapján, részint az idevágó irodalmi közlések nyomán vázolja JENSEN, BORREL és EHRLICH kísérleteit, s ismerteti EHRLICH elméletét, a melyet ő a kísérleti adatokból a beoltott daganatcsirák kifejlődésére, vagy lappangva maradására nézve felállított. Az eddigi vizsgálatok feljogosítanak annak a kimondására, hogy egyes daganatalakok növekedésének kutatására immár alkalmas kísérleti anyag áll rendelkezésre, úgy, hogy a kórszövettan ezen úton igen becses adatok birtokába juthat. Nem kevésbé fontos haladás az, hogy a daganatsejtek és a szervezet anyagcseréje egymáshoz való viszonyában kísérletileg tanulmányozható, s a daganat immunitás kérdése is szabatos kísérleti eljárásoknak hozzáférhető. Nem csekély előnye a kísérletes eljárásnak az is, hogy a daganatcsiráknak mesterséges külső behatásokkal szemben való viselkedését is a tanulmányozás körébe be lehet vonni.

### XVIII. szakülés 1906 október 20.-án.

1. GÓTH LAJOS dr. közel negyedfél kilónyi fibromyomát mutat be, a mely SZABÓ tanár távollétében került műtét alá és a melyet bemutató *panhysterectomia abdominalis* útján távolított el.

A midőn az esetről beszámol, felhasználja az alkalmat arra is, hogy a javalat felállítását és a választott műteti eljárást indokolva, néhány szóval a fibromyomák operatiós kezelésének modern nézőpontjait is vázlatosan ismertesse.

Az esetére vonatkozó klinikai adatok a következők:

M. Stephanné 40 éves, földműves asszony (257—1906. N. o. f. sz.) első menstruációját 12 éves korában kapta meg, 4 hetenként ismétlődik, 1 heti tartalommal, mindig bő. III. P. Első 11, utolsó 7 év előtt, rendszeres időre, rendszeren. Gy. ágyak 2 hétig f. utolsó lefolyás. Bemondása szerint 1 év óta veszi észre, hogy hasa dagad, két hét óta vérzik.

Stat. praes. Mérsékeltén táplált, feltűnően halvány nőbeteg. Légzési és vérkeringési szervek eltérést nem mutatnak. Portio

vaginalis alig 0·5 cm. Méhszáj 1 újjal átjárható, kissé jobbra, magosan boltozatba felhúzott, rajta keresztül haladva puha, szakadozott szélű, látszólag nyakcsatorna bal felével, belső méhszáj tájékán összefüggő kiemelkedés tapintható, melynek consistentíája inkább mucosus polypus benyomását keltené, azonban lecsavart részlet necrosisos fibromyoma szövetének bizonyulván, úgy imponál, mint egy részben megszületett és leszakadt fibromás polypus visszamaradt részlete. Méhtest biztosan nem követhető, látszólag cervixből közvetlenül folytatódik emberfejnynél nagyobb gömbölyded, elasticus, majdnem cystatapintatú, azonban *nem fluctuáló*, köldök magasságáig érő, eléggé mozdítható képlet, melynek mozgását cervix teljesen követi. Méhüreg sondálását a szétesett, útban álló tömeg contraindicálja.

Per rectum (narc.) vizsg. kétségtelenné teszi, hogy jelzett képlet a méhtestnek felel meg. *Dg. Fibromyoma uteri cum emollitione.*

Mint ismeretes, a fibromyoma egyszerű jelenléte még nem képez indicatiót műteti beavatkozásra, utóbbi csak akkor van javalva, ha vagy erős vérzés, vagy a daganat nagy terjedelme, esetleg gyors növekedési tendenciája, vagy pedig az általa okozott fájdalmak tartósan veszélyeztetik a beteg egészségét, esetleg életét. Hasonlóképen feltétlenül eltávolítandónak tartják a necrosisos fibromákat is, melyek felszívódási tünetekhez, szomszédos szervekbe való áttöréshez, esetleg általános fertőzéshez is vezethetnek. Ha a mondottakat szóbanforgó esetünkre alkalmazzuk, a daganat nagysága, a fennálló vérzés és necrosis három oldalról is a mielőbbi operatiót javalták. A fibromyomák eltávolítására használatos műtéteket ma 2 nagy csoportra oszthatjuk, ú. m. *conservativus* és *radicalis* műtévek csoportjára. Előbbi lényegét ama törekvés képezi, hogy az uterus, más szóval a fogamzási és szülési képesség megtartassék, a műtétnek ennél fogva csak a felismert fibromás góczok eltávolítására kell szorítkoznia (MARTIN, OLSHAUSEN). Amennyire kecsegtetőnek is látszik ezen ideális eredmény, nem szabad figyelmen kívül hagyni azt, hogy a fibromák rendszeren több, gyakran műtét alatt fel sem ismerhető kis góczokat is alkotnak s így megeshetik, hogy a műtét veszedelmét szerencsésen kiálló beteget aránylag rövid idő múlva kiújuló panaszai miatt újabb operációnak kell alávetni. (WINTER szerint 6%, ENGSTRÖM szerint 8% recidiva). Azt hiszem, hogy igen találon jegyzi meg DÖDERLEIN, hogy a méh nem életfontos szerv, s hogy ebben a korban, melyben a fibromások túlnyomó többségénél műtétre kerül a sor, hasznos már nem lehet, csakis súlyos betegségeknek válhatik székhelyévé.

Épen ezért conservativus műtétekre csak azokat az eseteket tarthatjuk alkalmasoknak, hol vagy a műtét egyszerű és veszélytelen volta, vagy különös egyéni, családi stb. momentumok is közrejátszanak az indicatio felállításában.



Mintegy átmenetet a radicalis műtések felé jelent a ZWEIFEL által inaugurált eljárás, kinek elvi törekvését lényegében az képezi, hogy a méhtestből is megtartsion annyit, a mennyi — természetesen a petefészek egyidejű visszahagyása mellett — a menstruatio fenn tartására szükséges. A jövőnek kell megmutatni, hogy mennyiben indokolt ezen törekvés.

A mi a *radicalis* műtéteket illeti, ezeknél a méh supravaginalis amputatiója és teljes kiirtása állanak s illetőleg *állottak* egymással szemben, mert ma, midőn a legtöbb operateur arra törekszik, hogy lehetőleg mélyen haladva, mentől kisebb cervixesonkot hagyjon vissza, a supravaginalis amputatio és a teljes exstirpatio már nem jelenenek ellentétes fogalmakat. (FRITSCH, HOFMEIER.) A különbség ama — szerencsére ma már csak történeti jelentőségű — időben jutott erősebb kifejezésre, midőn a visszahagyott csomokból származó súlyos complicatiók elkerülésére megpróbált csomokkezelési eljárásokat, mint az extraperitonealis csomokkezelés, stb. akarták a csomk teljes eltávolításával eliminálni. Ma — a mint azt DÖDERLEIN egész találóan jellemzi — a csomk pontos vértelenítésében keressük a síma gyógyulás garantiáit, vigyázva azonban, nehogy a vérzés ellátása egyuttal a csomk táplálását is akadályozza. Ha kellő mélyen, legalább is a belső méhszáj alatt amputálunk, úgy az uterinákat el kell látnunk, a mi vérzés ellen biztosít, a táplálkozást a vaginalis ágak is fenn tudják tartani. Hasonlóképpen fontosnak tartják a csomk felett a peritoneum gondos egyesítését (retroperitonealis csomokkezelés), azt azonban, hogy az egyesítés a CHROBAK-féle lebenynnyel, a HOFMEIER-féle egyesítési methodussal, a WINTER-féle incongruens varratvonalakkal, stb. történik-e, csak egyéni ízlés kérdése, mely az esetlegesen adódó situatiohoz való alkalmazkodásnak feltétlenül alárendelendő. Ha a hashártya egyesítése exact, úgy a varrásra választott eljárás éppen olyan irrelevans, mint pl. az, hogy csomós, vagy szűcsvarrattal, selymet, vagy catgutot használva varrtuk össze a peritoneum sebszéleit.

A cervixesonknak a méhvel együtt való eltávolításának, vagyis a méh totalis exstirpatiójának előnyét, mint említém, éppen a csomkból származó sokféle közvetlen veszedelemnek elhárításában keresték. Ma azonban, midőn a két műtét biztonsága körülbelül egyenlő, a méhnyak kifejtése megfelelő technika mellett egyáltalában nem jelenti a műtét számbavehető megnyújtását, a két eljárás egyenrangúnak mondható. Azon esetekben, midőn a cervix is myomás, esetleg éppen carcinomás, vagy pedig a méhüreg fertőzött, természetesen a méh teljes kiirtása az egyetlen megengedett eljárás. SZABÓ tanár az említett complicatiótól ment esetekben előnyt ad a supravaginalis amputatióknak, mivel azt tartja, hogy a méhnyak meghagyásával a medenczefenek támasztó apparatusa kevésbé zavartatik

meg, mint annak eltávolítása mellett. Ha ama felvetett, de még egyáltalában nem bizonyított feltevés, hogy a fibromás méhek cervixei praedisponáltak volnának carcinomákra, megerősítést nyerne, úgy természetesen a méhnyak meghagyása elveszítené létjogosultságát.

A mint ezen rövid áttekintés után is szembeötlő, esetünkben — inficiált bennékű méhről lévén szó — az egyetlen számbavehető műtéti módot a totalis exstirpatió képezhetné. Utóbbi operatióra általában két út állhat rendelkezésre, ú. m.: a hasfelől és a hüvelyen át. A vaginalis út feltétlenül előnyben részesítendő, kisebb terjedelmű, kb. gyermekfejnyinél nem nagyobb, tehát a medenczén átférő fibromáknál. Vannak operateurök, kik morcellement mellett nagyobb, egész a ködökig érő fibromákat is a vagina felől támadnak meg, nem tudom azonban, hogy a hosszadalmas, esetleg órákig eltartó műtét, a vele járó protrahált narcosisal súlyosbbitva, nem rontja-e le teljesen azt az előnyt, melyet a vaginalis út egyébként az abdominalisnak mai technikája mellett még vele szemben nyújtana. Esetünkben, melyben az inficiált bennékű uterusnál morcellement-ra gondolni sem lehetett volna, az *abdominalis panhysterectomia* képezte a feladat egyetlen megoldását.

A műtétet a méhszáj ajkainak összevarrása (segéd által) vezette be. A hasmetszést azonnal TRENDLENBURG-ban kezdi. Metszés a I. alában, peritoneum kiszegése, hasmetszés nagyobbítása felfelé köldök alatt ujjnyira, valamint mélyen aláfelé terjedőleg, peritoneum többi részletének folytatólagos kiszegésével. Funduson csekély bélösszenövés leválasztása után, képlet kiemelése a fundus alatt mellső lapjába vitt myomafuróval, hasseb felsőrészének ideiglenes zárása KAHNEMANN fogókkal. A kiemelt méh ligam. latumai mindkét oldalt feltűnően tágult tollszárnyi, szinte kisújjnyi vastag viszereket mutatnak. Bal lig. infund. pelv. ideiglenes ellátása klammerrel, átmetszés Cooperrel, második klammer étage-szerűen — Cooper. Hasonló ellátás jobbfelől is. Hólyag felett peritoneum körülmetszése és letolása compressal, uterust segéd a hólyag egyidejű erős letolása mellett a furóval magasra húzza, mialatt műtő a II. sz. klammereket megnyitva, szorosán méh mellett, a lig. latum basisáig tolja le. Ligam. lat. utolsó részletei átmetszetnek, majd a két klammerben látható átmetszett uterinákat előhúзва isoláltan elköttenek. A méhet most már csak a hüvely rögzíti. Hüvely bemetszése Douglasban Cooperrel, mialtal uterus teljesen fölszabadult és eltávolítottatik. (Első metszéstől eddig a momentumig 15 perc). A hüvely sebszéléből kétoldalt lüktető art. vaginalis inferiorok catgutalálöltéssel ellátatnak. A ligam. latum úgy jobb, mint baloldalt vastag egyes selyemfonállal (két-két, a ligam. rotundumot is fogó elkötés) ellátatván, klammerek eltávolítottatnak. Douglas kitapintása, *vérzés teljesen szünt.* Hüvely mellső

és hátsó sebszélének egyesítése a megfelelő peritonealis sebszéllel (catgutszűcsvarrat) alakítótesek rövidremetszése. Ligam. lat. lemezeinek egyesítése catgut szűcsvarrattal, mely megfelelő részletében a peritoneum két lemezén és hüvelyfalán is folytatódólagosan átvitett, hüvelyt is zárja. Végül az említett összenövés leválasztásánál sérült bélserosa egyesítése catgutszűcsvarrattal. Compressék megszámitása. Hasfal egyesítése 3 rétegben catgutszűcsvarrattal öt átfogó, biztosító silk-wormgut fonál között, melyek utoljára csomóztatnak. — Dermatol nyomókötés.

Elhasznált chloroform 35 grm. *Műtét után érverés 66.*

Az eltávolított méh súlya 3350 grm. Egyenletes gömbszerű képletet alkot. Felhasítva az ürege felé tekintő, a statusban leírt necroticus góczon kívül falában több fibroma gócz látható még. Így különösen feltűnik nagy, elasticus, szinte fluctuáló ellágyult gócz a fundus felé, valamint egy nagy, látszólag a hátsó falból kiinduló submucosus tumorrészet. A jobboldali adnexumok épeknek látszanak, a baloldali ovarium nagy tojásnyi, barnás-kékes cystás képletté alakult át. A mi a *lefolyást* illeti, beteg első 2 napon többször hányt, IV. napon spontán vizel, szelek távoznak. A hőmérsék első napokban a műtéttel előtti napokéhoz hasonlóan  $37\cdot2^{\circ}$ — $37\cdot4^{\circ}$  között váltakozik, maximalis hőmérsék III. és V. napon  $37\cdot7^{\circ}$ , 10 napon kezdve  $37\cdot0^{\circ}$  alatt marad. IX. napon hasvarratok eltávolítása, reactionentes, per primam egyesülés. Könnyű kötés. XVI. naptól újabb kötéscsere, hasseb reactionentes, hüvelyboltozat harántvonalban egyesült. Csonkok reactionentesek. XXI. napon beteg felkel, XXVII. napon gyógyultan távozik.

### XIX. szakülés 1906 november 3.

1. MAKARA LAJOS tanár: „A MAYO-féle gyökeres köldöksérv műtét esetei“ czímen értekezik. (Gyógyászat 1907. év 5. sz. és Értesítő 120—125. lapjain.

2. DR. HEVESI IMRE betegbemutatásai a sebészeti klinikáról:

a) *Spontán amputatio esete az alkaron.* A bemutatott felnőtt férfi csonka alkarral született. Alkarjának alig felső harmada van meg. A csonk végét fedő bőr hegyszerű küllemet mutat, rajta egy borsónyi bőrfüggelék fityeg. Könyökizületét szabadon hajlíttja és feszíti. A szintén bemutatott stereoskópos Röntgen-képből kiténik, hogy a hypoplasiás csontok közül a felkar- és singcsontok elég rendes izületet alkotnak, az orsócsonttal izülő eminentia capitata hiányosan fejlett, alig van jelezve, az orsócsont borintásban áll. Az alkarcsonatok distál-felé elvékonyodnak és gombalakú vastagodásban végződnek.

b) *Osteosarcoma tarsi* esete. A 30 éves nőbeteg bal lábtöve egész kerületében több mint kétszeresre megnagyobbodott, inkább

sphaericus, mint orsóalakú, többnyire porczkemény, néhol lágyabb. Radiogrammon hiányzik a bokacsontok, az összes lábfejesontok és a lábközépcsontok proximális részének árnyképe. Az eset annyiban bír először érdekel, hogy csontsarcomák inkább a csöves hosszú csontokból, e tájon a lábszárcsontokból szoktak kiindulni, míg itt ezek kevésbé látszanak bevonódni a folyamatba. Másodsor, mert kezdetben, mikor csak fájdalom és kis terimenagyobbodás van jelen, mindenki inkább lófolyamatra, arthritis fungosára stb. gondolna. Ez esetben is így volt, mikor a beteg egy év előtt jelentkezett; annál inkább, mert akkor a megérezlés elől 12 napi bennmaradás után elvonta magát.

MAKARA dr. hozzászólásában figyelmeztet arra, milyen nehéz a myelogen csontsarcomákat fejlődésük kezdetén fölismerni. Példa erre a bemutatott eset is, melynél a beteg első jelentkezésekor még nem volt semmiféle tünet sem, mely a sarcomára terelte volna a figyelmet. Emlékezetből idéz két idevágó példát. Az első egy 18 éves fiúra vonatkozott, kinél a czombesont alsó epiphysisében keletkezett sarcoma. Ő a terimenagyobbodás elhatároltságából másokkal szemben epiphysis sarcomára tette a diagnosist, mit a próba punctio és az eset további fejlődése be is igazoltak. Ez esetben Kovács tanár is a bántalom kezdetén hosszabb ideig gümős térdizület gyulladást véleményezett, pedig kitűnő diagnosta volt. A második esetben trauma után a felkarsont felső epiphysisében fejlődött a sarcoma, a bántalom első két hónapjában a consultált orvosok zúzódásra állították fel a diagnosist, míg nem a daganat növekedése nyilvánvaló lett. Az esetet GERSUNY operálta sikeresen, ő akkor látta, mikor a beteg a baleset biztosító-társasággal pörösködött kártérítés iránt.

A csontdaganatok kezdeti szakában nincs biztos diagnostikus jelünk. A felmerült gyanút a Röntgen-kép és a negativ tuberculin ojtás támogatják, de biztonságot csak a bántalom észlelése és esetleg próba műtét adhatnak.

3. LUKÁCS HUGÓ dr. és FABINYI RUDOLF dr. előadása: „A pellagra kórboneztana“ czímen.

## XX. szakülés 1906 november 10.-én.

1. SZEGEDY JÓZSEF dr. hasfali actinomycosis esetet mutat be.

A 38 éves napszámosnőnél 3-4 hónappal ezelőtt általános rosszullét közegette az alhas balfelében egy daganat fejlődött, a mely 2 hónap előtt kifakadt. Jelenleg a köldök bal oldalán a csipőtaraj és symphysis között egy deszka keménységű beszűremkedés van, rajta több tallérnyi élénk sarjadzás és híg genyet elválasztó menetek. Előadó megemlíti, hogy a kolozsvári sebészeti klinikán 1900-ban észlelték az első sugárgomba betegséget. Azóta a jelen esettel hat ízben észlelték.

Gyógyeljárásuk a genyedő menetek és tályogok feltárásában állott. Belsőleg JK-ot minden esetben adagoltak.

Hozzászól MAKARA tnr.

DR. KANITZ-HENRIK bemutatásai:

a) *Syphilis praecox* esete. Azon syphilis eseteket, melyeknél a gummás időszak korán beáll, esetleg a nélkül, hogy másodlagos tünetek a betegen mutatkoztak volna, a syph. praecox v. syph. tertiaria praecox neve alatt foglaljuk össze. Egy ilyen kórállapottal állunk szemben a bemutatás tárgyát képező 21 éves férfi-betegnél. Az illető f. é. augusztusában fertőzte magát, augusztus végén volt sclerosisa, október végén pedig — mely ideig antiluetikus kezelésben nem részesült — kiütések keletkeztek a bőrén. Fillértől egész forintos nagyságú, rupiaszerű varrokkal fedett gummosus fekélyek ezek, melyek elszórtan a végtagok és néhány példányban a hát bőrén láthatók. A homlokon és az alsó szemhéjakon — az utóbbi helyeken blepharitis képét utánozva — papulo-pustulosus exanthema. A tonsillákon kifoszlott papulák. Hogy a harmadlagos tünetek korai megjelenését mi okozza, az még nincs eldöntve. Az a nézet, hogy a hiányos gyógykezelés volna erre befolyással, nem nyújt kielégítő magyarázatot.

b) *Syphilis maligna* esete. E kórforma alatt a rendes syphilis esetektől qualitative eltérő kórállapotot értünk, mely egyrészt az által van jellemezve, hogy igen korán, alig pár hét- vagy hónappal az infectio után sajátságos, gyorsan fekélyesedő kivirágzások jelennek a bőrön, esetleg a nyálkahártyákon is, másrészt pedig, hogy a szervezet állapota is nagy mértékben szenved, a mennyiben rendetlen, hektikus lázak kíséretében nagyfokú vérszegénység, lesóványodás lépnek fel. A betegnél (27 éves férfi) jelenlevő kórállapot leginkább a syphilis malignának felel meg. Sclerosisa f. é. júliusában volt, szeptember közepén maculo-papulosus kiütés, melynek nyomai ma is láthatók. Október közepén — dacára annak, hogy a beteg addig 35 bedörzsölést végzett 3 gr.-os kenőcsadagokkal — újabb kiütés jelentkezett. Ez fillérnyi egész forintnyi, barnás-vörös infiltratumokon ülő, felületesebb vagy mélyebb fekélyekből áll, mely fekélyek vagy sárgás-barna gennyel vannak fedve, vagy pedig még a geny felett vasos rupiaszerű pörköt viselnek. Ezen elváltozások csak a végtagokon és pedig főleg az alsókon láthatók. A betegnél ezen kívül rendetlen lázak állnak fenn, erős fejfájása van, nagyon elesett, étvágytalan, vérszegény, testsúlya rohamosan fogy (8 napi kórházi tartózkodás alatt 3-2 kgr-val), néhány nap óta pedig icterus fejlődött, lehet, hogy luetikus alapon — a mire nézve a további megfigyelés fog esetleg felvilágosítást nyújtani. A specifikus kezelés megkezdése előtt a beteg erőbeli állapotát iparkodunk emelni.

c) *Lichen ruber planus* esete. A beteg egy 32 éves nő, kinél először 20 év előtt jelentkeztek e betegség első tünetei. Azóta hosszabb-rövidebb tünetmentes szakok után újból és újból jelentkeznek a kiütések. Jelenleg tipikus lichen göbésék láthatók elég sűrűen, de mindig magukban állva a felső végtagok, mell és hát bőrén, míg a bal alsó végtagon (a jobb amputálva van) néhány példányban e bőrbetegségnek lichen obtusus és lichen corneus név alatt ismert klinikai formái láthatók. A kezelés atoxyl injectiókból áll, a lichen obtusus és corneus göczokra salicyl-cannabis tapasz alkalmazunk.

d) *Scleroderma diffusa* esete. Az eset egy 38 éves férfit illet, kit 2 $\frac{1}{2}$  év előtt MARSCHALKÓ tanár úr már bemutatott az Erdélyi Múzeum-Egyesület szakülésén. Anamnesis semmi különösséget nem mutat föl: A beteg 1903 karácsony óta veszi észre, hogy bőre rendkívül feszes lett, a mi őt a mozgásban gátolta. Ezen idő óta 3 ízben feküdt kórodánkon. Feltűnő a bőrelváltozások nagy kiterjedése és symmetriás elhelyezése. Az elváltozások főképp a végtagokon és törzsön vannak lokalizálva, míg a kéz- és lábujjak, úgyszintén a fej- és arczbőre ép. A bőrelváltozások mindkét vállon és az interscapularis tájon részint tenyérnyi és még nagyobb foltokban, részint csikokban vannak elhelyezve, a melyeknél feltűnő a majdnem symmetriás elhelyeződés. A háton a sclerodermiás elváltozások, az V. hátesigolyától lefelé majdnem megszakítás nélkül terjednek a glutealis tájig, csak a IV. ágyécsigolya magasságában van egy kb. 2 cm. széles, aránylag épebb bőrsáv. Mindezen helyeken a bőr dűzzadt, kemény, feszes, fénylő, redőkbe nem szedhető, de nem sárgás, viaszszínű, mint a beteg első bejövetele alkalmával, hanem élénk, pirosszínű erythemás. A piros színhez a kitágult capillárisokból álló sűrű edényhálózat is nagyban hozzájárul. Ez a nagyfokú vascularisatio a sclerodermiás bőrben csak az utóbbi időben fejlődött. A mell és has bőre jelenleg aránylag ép, de még két év előtt is sclerodermiás volt a bőr. A felső végtagokon az elváltozás mindkét oldalon a felkar felső és középső harmadának határán kezdődik, egészen éles határral és hüvelyszerűen kézesuklóig folytatódik. Az alsó végtagokon hátul a glutealis tájon, elől a Poupert-szalag alatt kezdődőleg leterjednek az elváltozások a saroktájig, illetve a lábfejközépig. A könyökhajlatokban kb. tenyérnyi területen a bőr egészen ép, az ép területet kifejezett lilac ring határolja. A betegnek, eltekintve a mozgásnál és járásnál fellépő feszültség és fájdalomtól, más subjectiv panaszja nincs.

A kezelés 2 év előtt és tavaly protrahált fürdők, puhító kenőcsök és thyosinamin-tapasz alkalmazásából, valamint massage-ból és thyosinamin injectiókból állott. A javulás nem volt nagyfokú, jelenleg thyreoidin tablettákat szed a beteg és ezóta a sclerodermiás elvál-

tozások sok helyütt feltűnően puhultak. A legutóbbi időben a vascularisatio és hyperaemia fokozódott és az elváltozásoknak azelőtt éles elhatároltsága sok helyütt megszűnt, a mennyiben a kóros területek szélén elmosódott hyperaemiás öv lépett fel. E tünetek a folyamatos progrediálására engednek következtetni, a mi, ha tényleg bekövetkeznék, a betegség prognózisát sokkal kedvezőtlenebbé tenné.

3. VERESS FERENCZ dr. *rhinoscleroma* esetét mutatja be.

A. 24 éves férjes, szelicskai, Szolnok-Doboka megyei oláh napszámosnő, 9 évvel ezelőtt vette észre, hogy orrában egy daganat nő. Két évvel később egy dési orvos által eltávolíttatta, azonban a műtét eredménye nem volt tartós, mert a daganat újból fejlődni kezdett, annyira, hogy 1½ év óta légzési nehézségeket is okozott.

Jelenleg az orr, különösen szélességi irányban tetemesen megvastagodott. A jobb orrnyílást majdnem teljesen eldugaszolja egy daganat, melyet síma, halványkék, ki nem fekélyesedett nyálkahártya fed. A bal orrüreg nyálkahártyája szintén elbóltosul egy kissé, de itt a daganat sokkal kisebb. Feltűnő az egész képlet porckemény volta, mivel ellentétben áll az a körülmény, hogy a daganatba az orrnyílás felől egész könnyű szerrel beledöfhetünk egy szondát, mire meglehetősen makacs vérzés indul meg. Ennek magyarázata a rhinoscleroma szövettani szerkezetében rejlik. A felületes részek ugyanis puha granulatióból, főként plasmasejt tömegekből állanak, melyek között tágult erek és MIKULICZ-féle sejtek találhatóak; ellenben a mélyebb rétegekben rostos kötőszövet osztja fel fészkekké a daganatot s adja az egésznek jellemző keménységét.

A kórismét a klinikai tünetekből is feltétlen biztonsággal megállapíthattuk a következők alapján: a daganat localisatiója az orrban, rendkívüli idült jellege (9 éve áll fenn), regressiv metamorphosis tüneteinek teljes hiánya, s a képlet porckemény volta. A bántalom igen ritka, s a kolozsvári bőrklinika nagy beteganyagában is az utolsó tíz év alatt ez az ötödik eset, mely észlelésre került.

A therapia meglehetősen tehetetlen a rhinoscleromával szemben. Leginkább a gyökeres sebészi kiirtás vezet eredményre. Jelen esetben a Röntgen-kezelést fogjuk megkísérelni.

4. Dr. KENYERES BALÁZS folytatva a Röntgen-sugarak törvényszéki orvostani jelentőségére vonatkozó előadás sorozatát, jelen 4. előadásában a Röntgen-sugarak jelentőségével, az életkor meghatározásánál foglalkozik. (L. jelen Értesítő 88—94. lapjain.)

## XXI. szakülés 1906 november 24.-én.

1. HEGYI MÓZES dr. bemutat egy 59 éves férfi beteget, a ki 1898-ban vétetett fel a klinikára. Dementia paralytica progressiva tünetei grandeur ideákkal észleltettek nála. Egy fél évi klinikai

kezelés után változás állott be a betegnél, a mennyiben a korábbi szertelen és egymással összefüggésben nem álló téveszmék elmaradtak és azok helyett látási és hallási hallucinációkból fakadó egy téveszme lépett föl és állandósult, úgy, hogy 1898 végétől a mai napig, tehát 7 éven át ez az eszmekör foglalkoztatja állandóan a beteget. E mellett a hűdések is fönnállanak, úgy, hogy szóba jöhet ennél az esetenél, miután arteriosclerotikus tünetek is mutatkoznak, s ennek okai is megvoltak, hogy tulajdonképpen egy dementia paralytica progressivával állunk szemben, a melynél igen hosszúra megnyúlt remissio lépett fel, vagy pedig az arteriosclerosis alapján fejlődött hűdések és dementia mellé csatlakozott egy paranoia hallucinatoria. Előadó határozottan nem dönti el a kérdést, de inkább hajlik az utóbbi felvételhez.

2. KENYERES BALÁZS tanár előadásában a csontok vizsgálatáról értekezik és különböző csontbetegségekről, fejlődési rendellenességekről, valamint sérülés utáni állapotokról készült Röntgen-fényképeket mutat vetítve. Jelen 5-ik előadásában a törvényszéki orvostani intézet gyakorlatában előfordult és fényképekkel rögzített ide vágó eseteket ismertetve sorozatos előadásában. (L. Jelen Értesítő 95—103. lapjain.)

## XXII. szakülés 1906 december 1.-én.

1. MAKARA LAJOS tanár bemutatásai:

a) *Köldöksérv kizáródás után támadt bélsipoly gyógyítása bél-resectióval, egyidejűleg végzett Mayo-féle gyökeres sérvműtét.*

Ez év nov. 3.-án ismertettem a MAYO-féle gyökeres köldöksérvműtétet, egyidejűleg felsoroltam az okokat, melyek miatt a tág kapuval bíró sérvoknál jobb eredményűnek vélem e módszert, mint az ez időszertint használatos hasonló célú műtét módokat. A jelen eset bizonyítja, hogy bélsipolylyal complicált esetekben is célszerűen alkalmazható ez eljárás és a kellő óvatosság mellett úgy a sipoly, mint a sérv egyidejű gyökeres meggyógyítása elérhető.

B. F.-né 43 éves napszámosnő, mindig egészséges volt, nem szült. Köldöksérve 3 év óta van. Sérve f. é. aug. 16.-án kizáródott, 18.-án megoperálták, 21.-én a bél elüszkösödött és bélsipolya támadt. Klinikára aug. 29.-én vettette föl magát.

Felvételkor a jól fejlett és táplált, 75 klgr. testsúlyú nőbeteg köldöktáján gyermektenyérynyi anyaghiány van, mely az összeesett köldöksérv felett a műtési metszés szétbomlása folytán keletkezett. Az anyaghiányban elhalt szövetezafatok közt két bélnyílás látható, melyek egyikéből híg bélsár ürül. A környezet bőre nagyobb terjedelemben piros, helyenként hámfoszlott, felmaródott. A végbélen át széke egyáltalán nincs, ellenben a sipolyinyíláson bőven ürül az



egészen híg bélsár. A kifolyás étkezés vagy ivás után rövid idő múlva tetemesen fokozódik.

A bélsipoly gyógyítása czéljából szeptember elején ismételten a DUPUYTREN-féle, bélollóba szorítottatott a két bélnyílás közt levő sarkantyú. A bélolló átvágása után szept. 11.-én a végbélen át kevés pépes bélsár ürült, míg azelőtt az összes bélsár a sipolyon át folyt ki. A sipoly nyílása is megszűkölt.

Azonban a gyógyulás nem haladt előre, szept. 16.-án a sipoly oldalán a hasfalban genyedés támadt, a sipolyon megint több bélsár ürült.

Október folyamán a hasfali tályog meggyógyult, a genyedés megszűnt, de a bélsipoly ajakassá változott. Ilyen körülmények közt a sipolynak bélresectio útján való megszüntetését és egyidejűleg a köldöksérv nyílásának gyökeres elzárását tartottuk helyénvalónak és a műtétet nov. 6.-án hajtottuk végre.

A műtét menete az egyszerű MAYO-féle műtéttől csak annyiban tért el, hogy a sipolyt környező bőr haránt ovális kimetszése után a sebet a hasüregig mélyítve, a sérvkapuval összefüggésben az odanőtt bélszárakat a hasseb elé emeltük és a bélszárak átmetszése után a bélnyílásokat körkörösén varrattal egyesítettük. A sérv nyílását 4 matracz sodronyvarrattal a szokásos módon elzártuk.

A műtétnél elfogyott 60 gramm chloroform és 100 gramm aether. Tartama 2 óra 15 p.

A gyógyulás teljesen zavartalanul folyt le. November 10.-én önkéntes híg széke volt. November 18.-ára a seb per primam be volt gyógyulva. November 27.-én fölkelte. A seb helyén ellentálló erős hasfal tapintható.

#### b) *A flexura coli hepatica adenomája.*

A bélsatorna polyposus adenomái általán ritkák, egy részük nem is okoz klinikus tüneteket. Sebészi jelentősége ezen daganatoknak akkor van, ha magukban, vagy intussusceptiót okozva bél-elzáródási tüneteket okoznak, vagyha mint különálló daganatok jelentkeznek, vagy végül, ha már rákosan elfajultak.

Esetünkben a flexura coli hepatica adenomája, mint különálló daganat jelentkezett, mely súlyos bélkólikákat okozott. Diagnostika tekintetében érdekes volt az eset, de egyúttal annyira nehéz, hogy biztosan felismerni a daganat székhelyét sem a belklinikai, sem a sebészeti klinikai hosszasabb észlelés után sem sikerült s így annak közelebbi megállapítását csak a műtételtől várhattuk. A beteget 1906 szept. 6.-án kaptuk át a belklinikáról.

Sz. G. 31 éves napszámos előadja, hogy 3 év óta beteg, nagyfokú göresös hasfájdalmakban szenved. Állítása szerint betegsége hidegrázással kezdődött, a mit nagy forróság követett; az első évben a fájdalmak szinte szakadatlanul tartottak. Mostanában 3—4

napig tartó fájdalmas időszak után egy-egy heti fájdalommentes ideje is van. A fájdalmak idején a hideg borzongatja, többször hányik. A fájdalmak helyéül a gyomorgödröt és a jobb vesetáját mutatja.

A beteg középtermetű, elég jól fejlett és táplált. A jobb szeme körül, különösen az alsó szemhéjon, továbbá a felső és alsó ajkon, a pofák nyálkahártyáján kölesnyi, egész borsó- és paszulynagyságú *feketés festenyfoltok* láthatók, melyek állítása szerint születése óta megvannak. Az orrhát jobb fele szélesebb, minek folytán az orr balra van elhajolva. Erre nézve előadja, hogy 14 éves korában a zilahi kórházban jobb orrnyílásából sok polypust szedtek ki. Jelenleg ugyan mind a két orrfél a levegőnek átjárható, de a beszéde dunyogó és orrtükörrel a jobb orrfélben *polypusok* láthatók.

A mellkasi szervekben eltérés ki nem mutathó. *Hanyatfekvésnél* a jobb bordaív alatti tájék némileg elödőmborodik, tapintásnál itt egy ökölnyi, tömött képlet érezhető, melynek alsó széle a bordaívtól mintegy 6 centiméterre, jobb széle a középvonaltól 8, bal széle a középvonaltól balra 2 centiméterrel tapinthatók. A képlet alsó széle némileg homorú, felső széle nem tapintható jól. A daganat fölött a kopogtatási hang tompult. A daganat a légző mozgásokat követi, helyéből korlátoltan mozdítható el.

*Bal oldali* fekvésnél a daganat mélyebbre süllyed és alsó széle a köldök fölött mintegy 3 cm.-nyire tapintható. A képlet alakja veséhez hasonló.

*Jobb oldali* fekvésnél felső széle előre fordul, úgy, hogy jól átfogható lesz. A bordaív alá nyomható, de nem a vese helyéig.

*Állásnál* lesüllyed a köldökig a daganat, bal széle a középvonalat éri, míg tömege a jobb hypochondriumban foglal helyet.

A vizelet normalis, fs. 1022, napi mennyisége 800—1400 köbcm., idegen alkatrészeket nem tartalmaz. Széke rendszeres, naponta egyszer.

Étvágya elég jó, sokszor bőfög, különösen étkezés után. A gyomor felfuvasánál a daganat és a máj között éles dobos kopogtatási hang mutatkozik, a képlet a gyomor alatt és attól jobbra tapintható marad. Fájdalom-rohamok alkalmával a beteg jajgat, az ágyon fetreng, máskor előrehajolva kezeivel hasát szorítja, megesik, hogy az ágyból felszökik és a földre veti magát. A roham alatt a hasfal feszesebb, a daganat tája érzékenyebb, miért is a vizsgálat kevésbé jól ejthető meg. A beteg ilyenkor sokat öklendezik, nyálas folyadékot hány. A hányás részletekben történik. Az észlelési idő alatt fájdalom-rohamai voltak szept. 15.-től 17.-éig, azután szünet volt 24.-éig. 24.-én délutántól a műtét idejéig, 27.-éig megint megújultak a göresös fájdalmak.

A műtét morphiium-chloroform-aether-oxygen narcosisban történt.

Bemetszés az epigastriumban a linea albán. A jobb hypochondriumban érezhető daganat fölött a cseplesz szélesen a májkapuhoz és a colonhoz van nőve, úgy, hogy leválasztása nagy fáradtsággal, sokszoros lekötések után sikerül. A daganat most a rögzített flexura coli mögött látszik székelni, de kiemelése nem sikerül. Miután meggyőződöttünk a vesék állapotáról és kitapintottuk a rendesnél nagyobb jobb és a rendesnél kisebb bal vesét, felismertük, hogy a daganat tulajdonképen magában a tágult és összenövésektől rögzített colonehajlásban székkel, úgy látszik a colon hátsó falából indul ki. A colont, a mennyire lehetett, kiemeltük és a hasüregtől elszigeteltük, azután a daganat fölött bemetsztük. Ekkor kitűnt, hogy a daganat egy a tágult colon hátsó falából kiinduló, széles alapon ülő, sötétvörös színű polyposus álképlet, mely a hátsó bélfalat kivongálva, a bélüregbe invaginációszerűen prolabál. A daganat mellett a colon nyálkahártyáján egyszerű, babnyi polypus mucosus is volt látható. Miután a kocsányos daganat kiirtása a bél ürege felől sikerrel kecsgetetett, ellenben az összenőtt colon resectiója alig látszott kivihetőnek, az előbbi módot választottuk. A daganatot a bél ürege felől, a bélfal egész vastagságával alapján kimetsztük, azután a bélben támadt anyaghiányt háromsoros, a mesocolont, a bél izomzatát és a nyálkahártyát külön felöltő varratsorral harántirányban egyesítettük. A bél elülső sebét a typosus LEMBERT-CZERNY-varratokkal elzártuk. A has sebét a szokásos réteges varratokkal egyeztítettük. Collodiumos kötés.

A műtét hosszú tartama alatt a beteg érverése kicsiny és szapora lett (116 p.), úgy, hogy műtét után camphor befeeskendés vált szükségessé. Állapota másnap (IX. 28.) is válságos volt, mert gyengesége mellett kiterjedt tüdőhurut is mutatkozott, hőmérsék 36—36,7, érverés 110—114. Azután fokozatosan összeszedte magát, a gyógyulást csak egy hasfali tályog késleltette. A fonalgennyedés miatt XI. 21.-én a gennyedő járatot fel kellett tární. Ezután a gyógyulás fokozatosan előrehaladt s ma már a 3 cm. hosszú, tisztán sarjadzó seb nem gennyed. Miután a beteg tovább maradni nem akar, bátor vagyok őt és a kiirtott daganatot bemutatni.

A műtét óta görcsös fájdalmai megszüntek. Testsúlya 63 klgr.-ról 69-re emelkedett.

A daganat szövettani vizsgálatát BUDAY tanár úr volt szives elvégezni, lelete a következő:

„A daganat mirigyos szerkezetet mutat. Maguk a mirigyek különböző irányúak és nagyságúak; mindenütt szabályosan egysoros, magas hengerhámmal vannak béllelve és közel a membrana basilarishoz álló, jól festődött ovalis maggal bírnak. Nemesak a mirigyek lumene van majdnem mindenütt haematoxyllimel világoskékre festett nyálkával kitöltve, hanem maguk a sejtek protoplasmája is sok helyt

ilyenné alakultát s mennyiségének megfelelően sok helyt igazi duzzadt kehelysejteket látszanak képezni. Néhol csak a sejtek körvonala látható a nyákos protoplasma kiürülése folytán, másutt aránylag egész szabályos hengeralakúak és protoplasmájuk is ép. Mytosisokat nem igen lehet látni. Az interstitialis szövet a mirigyek között laza kötőszövet, kisebb-nagyobb gömbsejtes infiltrációval. Csupán egy helyt látni elég szabályos, rostos kötőszövetet.

Diagnosis: *Polypus adenomatosus*“.

Kiemelendőnek tartom, hogy a betegnél, a mint ez a műtét alatt látszott, a colonban sokszoros polyposis van jelen s így mindenek szerint a nagy daganat ezen polypusok egyikének elfajulásából származott. Az utólag eszközölt rectoromanoscopiás vizsgálat kiderítette, hogy a polyposis mélyre elterjed, miután a végbélnyílás fölött 20 cm.-rel is látható egy babnyi, szélesen ülő polypus mucosus.

A betegnél az arczon látható festenyos foltok, az orrában már gyermekkorra óta mutakozó polypusok arra utalnak, hogy a bélhuzam polyposisa is már veleszületett betegsége.

c) *Sérvkizáródás után fellépett heges bélszűkület.*

Ha eltekintünk azon sérvkizáródási esetektől, melyeknél taxis vagy véres visszahelyezés után a bélelzáródás tünetei továbbra is megmaradnak és csak azon eseteket vesszük számba, melyeknél a sérv visszahelyezése után ugyan megszűntek a bélelzáródás okozta zavarok, de azután hetek vagy hónapok múlva chronikus ileus képében újra felléptek: azt találjuk, hogy ezen esetekben a megújult bélelzáródási tünetek okát a kizáródás helyén keletkezett heges bélszűkületek, ritkábban összenövések okozta megtöretések, vagy a kettő együttesen képezik. Ilyenféle bélszűkületek annyira ritkák, miszerint minden idevágó eset ismertetése kívánatos. Ezen szűkületek keletkezésének megértése végett legyen szabad röviden vázolnom a sérvkizáródás okozta elváltozásokat.

A leszorítási barázdák helyén a nyomás folytán elhalás támadhat, ez legtöbbször a nyálkahártyán mutatkozik először, de megesisik, hogy előbb a serosán támad a decubitus.

A kizárt bélkaesban is a vérkeringési zavarok folytán elsőben a nyálkahártya szenved s felületén fekélyek támadhatnak, melyek a bélbakteriumok betelepedésével mind mélyebbre terjednek. Ilyen, a kizárt bélben keletkezett fekélyedés példáját van szerencsém egy, a napokban operált esetből bemutatni. A mint látjuk, itt a fekély közepén, szemben a bélfodorral már a serosa is lencsényi területen elhalt, miért is bélresectiót kellett végeznünk. A készítmény a bélszűkületek keletkezésének megértésére igen tanulságos.

A kizárt sérvök operálása után mutakozó későbbi bélszűkületek ezen, akár a leszorítási barázda helyén, akár magában a kizárt bélben támadt fekélyek heges gyógyulásából származnak.

A leszorítási barázdák helyén rövidebb, gyűrűalakú, míg a kizárt bélben hosszabb, csőalakú szűkületek támadnak. A szűkületek mellett keletkező összenövések és megtöretések csak fokozzák a szűkület okozta zavarokat, sőt szűkület nélkül is bélelzáródásra vezethetnek.

Hogy a sérvkizáródás gyakoriságával szemben olyan ritkán találkozunk ilyen fajta bélszűkületekkel, annak az a magyarázata, hogy a szűkületek keletkezéséhez ezen fekélyedési viszonyoknak épen bizonyos fokú kifejlődése szükséges. Mert a felületes vagy kis terjedelmű fekélyek szűkület nélkül meggyógyulhatnak, míg a nagy terjedelmű és mély fekélyek bélcsonkolás nélkül rendszerint halálos hashártyagyulladásra vezetnek.

A bélszűkületek keletkezésének klinikus képe legtöbbször teljesen hasonló a mi esetünkhöz, miért is annak leírására szorítkozzunk. Megjegyzem azonban, hogy némely esetben totótesen hosszabb idő, hónapok, sőt évek múlva jelentkeztek csak a műtetre kényszerítő tünetek.

Esetünk a következő:

*M. K.* 21 éves napszámos. Felv. 1906 október 8.-án. Három év előtt jobb lágyéktáján fájdalmas csomója támadt hirtelen, ezt a bábaasszony helyre kente. Azóta sérve nem mutatkozott. Okt. 7.-én reggel fájdalmakkal és hányási ingerrel ébredt föl és jobb lágyéktáján megint érezte a fájdalmas csomót. Most is elhivatta a bábát, ez gyömöszölte is csomóját, de eredménytelenül, miért is másnap a klinikára hozták.

Fölvételkor egy gyermekökölnyi, jobb oldali, kizáródott lágyék sérv találtatott. A bőr a sérv fölött rendes színű, a daganat feszes, rugalmas, kopogtatási hangja tompa. A beteg bágyadt, nyelve száraz, hányik és csuklik. A hányadék sárgás epés, nem bűzös.

Azonnal műtét. A sérvtömlő véraláfutásos, sérvvíz kevés, vörhenyes. A sérvben kb. 12 cm. hosszú, sötét, cyanotikus, de fénylő vékonybél van. Miután a bél keringése gyorsan javúl, a nyomási barázdák is kisimúlnak, a kizárt bélkaec visszahelyeztetett. A sérvkapu elzárásától azonban elállottunk a bél erős cyanosisa miatt és a sebüreget jodoform gazeval tamponáltuk.

Műtét után a kizáródás tünetei megszűntek, az első két napon délután 38·4 és 38·5 a hőmérsék, 10.-én 37·7 a maximum; *11-étől* láztalan, e napon önkéntes, *bő székürülése volt.*

12. és 13.-án híg szék; 14. 15. székrekedés, 16.-án eredménytelen beöntés után ricinust kap, mire bő híg székletét.

*24-én székrekedés kezdődik,* mely hashajtókkal (ricinus, purgo) és beöntésekkel eleintén megszüntethető, de fokozatosan kifejlődnek a bélstenosis tünetei.

*Nov. 3.-án.* A has erősen puffadt, a rekesz felnyomott. A

belek összehúzódása látható és a korgás időnként messziről is hallható. A fájdalmas bélösszehúzódások a jobb lágyék-táj felé haladnak és itt legkifejezettebbek, úgyszintén a korgások is. Miután a beteg állapota nem javul, nagyfokban lesoványodott és elgyengült, időnként hány, önként széke nincs, *nov. 8-án* hasmetszést végeztünk azon feltevésével, hogy a chronikus ileust a kizáródva volt bélrész megszűkülése okozza.

Jobb oldali paramedialis metszés a sérvkapu fölött. A cseplez a sérvcsatorna belső nyílásához van növe, ennek leválasztása után egy tágult és megtört bélkaec tűnik elő, mely a megtöretés helyén össze van növe egy másik, hegesen megszűkült vékonybélkaecsal, a mely a kizáródva volt bélrészletnek felel meg. Az oda vezető bélszár tágult, az elvezető szűkült; a hashártya a szűkület fölött heges, a szűkült rész tömött, porez tapintatú. Az odanőtt bélkaec felszabadítása után a szűkült rész körkörösén kimetszetett és a bélvégek kétsoros, csomós selyem varratokkal egyesítették. A környéki bél szűkebb lévén, ez aránytalanságot ferde átmetszésével egyenlítettük ki. A hassebet teljesen zártuk.

A műtét a tüneteket egy csapásra megszüntette, már másnap önként volt széke. Azóta ereje megjött, jól érzi magát. Láztalanul, per primam gyógyult. A gyógyult beteget és a formalinban eltett készítményt van szerezésem bemutatni.

A kiirtott bélrészlet eredeti hossza körülbelül 12 centimeter, ebből 6 cm. az odavezető, 3 cm. a szűkült és 3 cm. az elvezető bélrészletre esett. A tágult és vastagodott odavezető bél kerülete 9, az elvezetőé 5 centimeter.

A szűkület homokóra alakú, területén a nyálkahártyát sarjadzó szövet helyettesíti. Közepén csak lúdtoll vastagságú az ürtere, föl és lefelé tölcsérszerűen szélesbbedik és éles határral végződik.

A tömött, heges szűkület helyén a bélfal vastagsága 2—3 centimeter közt változik.

A formalinban a készítmény tetemesen megszugorodott.

2. HEVESI IMRE dr. két beteget mutat be, kiknek egy-egy végtagját traumás anyagihiány, illetve a beállandó nagy heges zsugorodás tette volna munkára alkalmatlanná, ha a sebészeti klinikán rajtuk végzett bőrképlő műtétek a végtagok hasznavehetőségét helyre nem állította volna.

a) K. J. 15 éves napszámos fiú f. é. szeptember 24.-én vétett fel; jobb sarkán, talpán és a két lábszáron a lábközép elejéig terjedő merev, a sarokcsonton rögzített heggel és a sarkon forintos nagyságú túlsarjadzó anyagihiánnyal. Equinus zsugorállás. A heg körülmetszése és a talp lágyrészeiről, sarokcsonttól, Achilles-ín végéről való lehántása után teherviselésre alkalmas, jó kötőszövettel párnázott nagy nyeles bőrlebeny a bal czoembról növesztetett a

sebre. Az odanövés alatt a megfelelő állásban mindkét alsó végtag és a törzs bimbómagasságig gipszkötésben volt rögzítve. A tápláló nyél 4 hét múlva vágatótt át és varratott oda a kellően felfrissített talpi sebszélhez. Az eredmény egy a sarkat köröskörül beborító és a talp egy részét is fedő, vastag zsírpárnával bíró bőrtakaró, mely a lábfej korlátlan mozgatását megengedi és teljes teherviselő képességgel bír. A bal czombon a bőrlebeny elvétele által keletkezett hiány THIERSCH-féle transplantatió útján fedetett.

b) O. S. 14 éves nyomdászinás f. é. július 14.-én vétetett fel a sebészeti klinikára. Előző napon balkarja a könyvsajtógép hengerei közé szorult, melyek könyökéről, a felkar alsó és alkar felső harmadáról a bőrt lehúzták. A foszlányos szélekkel az alkaron csüngő bőrt necrosis miatt le kellett nyírni. A zúzott sebfenék és szélek tisztulása hosszabb időt vett igénybe, a kéztő is csontzúzdást szenvedett, miért a hiány fedése céljából csak okt. 2.-án lehetett a képlő műtétet végezni. A szükséges két tenyőnyi bőrlebenyt a törzs baloldala szolgáltatta mellső-felső ívelt szélllel és hátsó-alsó tápláló hiddal. A felkészített lebeny alatt előállott tasakba a letisztított könyök behelyezettetett s a lebeny mellső széle a hiány oldalsó széléhez varratott. A rögzítő keményítő-kötés többszöri változtatása után a tápláló nyél okt. 27.-én vágatótt át. A jól odagyógyult lebeny a könyöktájnak kellően alapárnázott alapján eltávolítható és redőbe emelhető takaróul szolgál, mely a könyökizületnek rendes mozgathatóságát megengedi. A képlésre használt bőrlebeny elvétele által okozott hiány a czombról vett THIERSCH-féle hámesíkokkal fedetett.

3. ELFER ALADÁR dr.: a sclerodermia oly esetét mutatja be, kinél arthritus chronica deformans, továbbá mérsékelt exophthalmus, STELLWAG és GRAEFE-féle tünetek voltak észlelhetők, míg a pajzsmirigy alig tapintható.

4. KAPPEL IZIDOR dr. egy 49 éves Addison kóros nőt mutat be, ki 3 év óta igen erőtlennek érzi magát, 2 év óta pedig sötétbarna bőrszíne van, ugyancsak ez idő óta gyakran hányik, sokat soványodott.

Felvétele alkalmával állapota röviden a következő volt: közép természetű, jó csont- és izomrendszerű nő beteg, bőrszíne különösen a nap hatásának inkább kitett helyeken sajátos bronzszínű, a száj nyálkahártyáján, foghúson, a nyelven különösen ennek széli részén igen szép aczélszürke foltok láthatók. Idegrendszer részéről különösebb eltérés nincs, légző szervek részéről sem. Vérkeringési szervek annyiban mutatnak eltérést, a mennyiben gyöngye szív működése van, sokszor alig tapintható pulussal. Beteg jelenleg nem hányik. Gyomor-bélhuzam részéről működését illetőleg jelentősebb elváltozás nincs. Úgy a szőlőcukor, mint a gyümölecscukor

áthasonítása rendes. Vegyes kosztion tartva bélsarában göröcső alatt a rendesnél több izomrost látható. Beteg láztalan.

Az actiologiájára vonatkozólag a mellékveséknek lueses avagy újképleték által feltételezett elváltozása minden valószínűség szerint kizárható. Beteg anyja és egy testvére tüdőbajban haltak el. Az actiologiára vonatkozó közelebbi tájékozódás miatt bemutató a betegnek tuberculint fecskendett be, végleges eredményt azonban így sem kapott.

5. ANKA AURÉL dr. ezredorvos előadása: „A modern gyalogsági fegyverek nyomán kelt lőtt sebek hadi sebészeti jelentősége, a 8 mm. Mannlicherrel eszközölt kísérletek alapján“.

Előadó ismerteti a gyalogsági lőfegyverek fejlődését a XIV. század „dörgő“ puskájától az újkor ismétlőjéig. Ezzel párhuzamosan fejtegeti az okokat, melyek a lövedékek átalakítását tették szükségessé, s az emberi elmét egy impulzívabb lőpor után való kutatásra készítették. Majd a lövedékhatalás erőműtanának szentel néhány szót: összehasonlítja a hidraulikus, hydrodynamikus, az átüitődési és oldalhatáson felépített, valamint az idő és térszűkére alapított elméleteket.

Azután áttér a 8 mm. Mannlicherrel eszközölt kísérleteinek tárgyalására. Boncztoni készítményeken mutatja be a modern, teljes burokkal bíró lövedékek hatását a bőrön, izmokon, edényeken és csontokon. Ezekkel szembe állítja a régi ólom és modern félburokkal bíró (Dum-Dum), valamint az úrhagyó lövedékek által létrehozott kiterjedt sérüléseit a lágyrészeknek. Majd a koponya, a mellüreg, a hasüreg és medencébe zárt szervek sérüléseit tárgyalja úgy a kísérletei folyamán észlelt, valamint az újabbkori háborúkban tett tapasztalatok alapján. Demonstrálja a modern lövedékek törzülését, kiemelve, hogy ezek jóval ritkábban torzúlnak, mint elődeik.

Összegezve a mondottakat, kiemeli, hogy a modern, teljes burokkal bíró lövedékek nyomán — kevés kivétellel — kis be- és kilövési nyílások keletkeznek, melyeknek megfelelően a külső vérzésre csekélyebb, a sebfertőzésre ritkább, a hegképződésre kedvezőbb az alkalom. A modern lövedék a csontok epi- és metaphysicait a közép és nagy távolokban likszerűen üti át, ezáltal az ízületi lövések gyógyhajlama kedvezőbbre vált. Megemlíti, hogy a koponya, szív és hólyag lövések a modern lövedék nyomán is megtartották komoly jellegüket, ezzel szemben azonban a tüdő sérülések rendkívül enyhe jellegűek; sőt a hasüreg átható lövéseinél is megszaporodott a szerencsés lövések száma. Mindezt — úgymond — a lőtt sebek kedvezőbb anatómiáján kívül a BERGMANN által inaugurált helyesebb harcztéri kezelésnek köszönhetjük. Majd a modern harcztér veszteségi statisztikájából számokkal igazolja, hogy az új idők fegyvereinek fokozott ballistikai munkabírása daczára, a legújabb



háborúk távolról sem oly véresek, mint a régiéek. Végszavában hangsúlyozza, hogy nem kizárólagosan a kis kaliberű fegyverek, de jórészt a mi sebészi tudásunk terelte emberszeretőbb mederbe a háborúk borzalmaikat.

### XXIII. szakülés 1906 december 15.-én.

1. VERESS FERENCZ dr. *Súgárirányú vonalas barázdák hereditarius syphilitis egyén arcán.*

Ismeretes dolog, hogy az öröklött syphilitisnek bizonyos ismerető jelei, ú. n. stigmái vannak, melyek egyenként, vagy együttesen kifejlődve, az illető egyénre a heredosyphilitis bélyegét nyomják rá. Az általános degeneratio és fejlődési zavarok mellett főleg a HURCHINSON-féle triaszt tartjuk a legjellemzőbb stigmáknak, különösen ha mind a három elváltozás együttesen mutatkozik. Van azonban a hereditarius syphilitisnek egy olyan jele, mely ha egymagában van is, feltétlenül biztonsággal árúlja el a nevezett betegséget és ez az arcbőr nyílásai körül mutatkozó sugár- és körkörös irányú barázdák alakjában mutatkozik.

Ezt az elváltozást látjuk kifejlődve ezen a 17 éves kádárinason, a ki klinikánk ambulantiájára ulcus molleval jött be, s a kin véletlenül vettem észre a szóban forgó barázdákat. Anyja elbeszéléséből megtudtam, hogy 19 évesen ment férjhez, állítólag egészséges emberhez, kitél 7-szer esett teherbe. Első és utolsó gyermeke rendes időre született, s ma is egészségesek, s köztük 10 évi korkülönbség van. A közbeeső gyermekek, ennek a bemutatottnak kivételével, vagy mint koraszülöttek pusztultak el életük első idejében, vagy ki sem hordozta őket anyjuk, hanem 4—6 hónapos korukban abortálta. Valószínű tehát, hogy a szülői syphilitis a tíz évi időszak közepére és betegünk születése idejére esett.

Ez a gyermek 3 hetes korában — anyja állítása szerint — „ötvaros“ lett, s szemét „hályog“ borította el. Ezenkívül nagy kelések és sebek támadtak testén, de legnagyobb számmal arcán, melyek csak hónapok mulva gyógyultak be, a leírt barázdák hátrahagyásával. Szemei pedig csak 2 éves korában tisztultak ki. Ugyanekkor megdagadt a gyermek jobb könyöke, melyet a Stefánia-kórházban felváltak és 1½ éven át kötözgettek, míg begyógyult. Ezután a fiú elég jól fejlődött, 14 éves korában orra gyakran vérzett, a miért is orvosi kezelésben részesült, de rövid idő mulva, azelőtt egyenes orra kissé lesüppedt, nyergessé vált. Utóbbi időben észrevették, hogy hallása kissé meggyöngült.

*Status:* A kissé vérszegény, közepesen fejlett gyerek arcán legnagyobb számban és legszabályosabb elrendeződésben a száj körül találjuk az 1—2 mm. széles, 3—4 cm. hosszú sugaras barázdákat,

melyek helyén a bőr normalis-színű és kissé lesüppedt. Szemei körül és a homlokán is látható néhány szabálytalan csík. Ellenben az arcz többi részein nagyszámú, súlyosabb folyamatra mutató kerekded halvány heg látszik. A jobb könyöktájékon, a felkar alsó végén a condyl. externusból kb. kis diónyi csontos daganat áll ki. A jobb alkar feszítését és supinatioját a könyökizület csak félig engedi meg. A szemek épeknek látszanak. A halló-szerv és orr vizsgálatát GYERGYAI ÁRPÁD dr. volt szíves megejteni, diagnosisa: rhinitis chronica atrophica bilateralis, cicatrices septi narium. Catarrhus tubotympanicus chronicus.

Az anamnesisből és statusból valószínűséggel megállapítható tehát, hogy a fiú syphilitis szülőktől származott, hogy élete első hónapjaiban arczán fekélyesedés folyt le; hogy a száj körül esetleg luespapulák képződtek, hogy ugyanakkor keratitisben szenvedett, valamint hogy jobb könyökizületében súlyos, idült lob állott fenn, s hogy orrában fekélyesedés volt, minek következtében az orr háta kissé behorpadt, s a septumon hegek maradtak vissza, végül, hogy halló-szervében jelenleg is chronicus gyulladás constatálható.

Mindezek az adatok elég bizonyosságot szolgáltatnak a hereditarius syphilitis felvételének jogosságára.

Bár még igen kicsiny a hasonló esetekre vonatkozó közlemények száma (nálunk POÓR FERENCZ írt le és mutatott be egyet a budapesti kir. orvosegyesület 1901 május 11.-iki ülésén), annyi bizonyos, hogy a leírt *súgárirányú hegeket* az arcz nyílásai körül eddigelé *csakis öröklött syphilitisben* szenvedő egyénekben észlelték. Ez a körülmény már egymagában is mutatja, mennyire értékes stigmája ez a bőrelváltozás a heredosyphilitisnek.

Az eddigi vizsgálatok szerint e barázdák szövettanilag hegeknek, vagy pseudohegeknek bizonyultak. Ezután megejtendő szövettani vizsgálataimról később fogok leszámolni.

2. GÓTH LAJOS dr. ökölnyinél nagyobb *papilloma* tömeget mutat be, a mely egy 18 éves, először terhes nőnél (Sz. Mari 370—296—1906. sz.) állítólag pár hét alatt fejlődött ki. Felvételekor a következő status találtatott.

Vulva ökölnél nagyobb, papillosus, nedvező, helyenként genyedő tömeggel fedett, mely kisebb-nagyobb csoportokban álló növedékek által képezett. A legnagyobb tömeg a két nagyajakból indul ki, vele párhuzamosan, keskeny bőrcsík által elválasztva, a czombhajlások felé szintén egy-egy nagyobb csoport. Introitus vaginae a két oldalról összeboruló tömegek által teljesen fedett, széthúzásuk után még 3 újjnyi mélységben sem található a hüvelybemenet. Egyébként 32 hétnek megfelelő Gr. Szívhangok hallhatók. I. kt.

A mint a leírásból kitűnik, hatalmas papillomás burjánzással állottunk szemben. Utóbbi elváltozás éppen terheseknél nem ritka,

hatalmas burjánzásokat nem ritkán észlelünk graviditas alatt, azonban az elhelyeződés mégis rendszerint olyan, hogy az introitust nem szűkíti annyira, hogy a hozzáférhetéstől is elzárja. A burjánzás tömegessége miatt elkerülhetetlennek látszott annak eltávolítása, azonban egyfelől kívánatos lett volna a bő, genyes folyás előzetes kezelése, másfelől, tudva azt, hogy a nervus pudendus externus territoriumában való operálás, esetleg a vele járó vérvesztés megindíthatja a koraszülést, czélszerűnek látszott a magzat életképessége érdekében is a műtétnek lehető elodázása. Fekvés, hüvelyöblítés rendeltetik, azonban 3 nap múlva fájások jelentkeznek és a burok megreped, magzatvíz elfolyik, méhszájhoz jutni (tágassága?) nem lehet.

Ilyen körülmények között sürgősen hozzá kellett látni a növedékek extirpációjához. Hasonló esetekben SZABÓ tanár a SCHROEDER által vulva-elephantiasis kiirtására ajánlott módon szokott eljárni, kis  $1\frac{1}{2}$ —2 cm. részletek felszabadítása után annak ágyát azonnal ellátja, a sebszéleket egyesíti és csak azután halad hasonló módon lépésről-lépésre tovább, mivel a vérvesztés így a legkevésbére reducálható. A szóban forgó esetben, a bő, genyes váladék és szennyes felület mellett (szülónőnél) veszélyesnek látszott a hosszas manipulatio, ezért bemutató az ellátás gyorsaságában bízva, a bal nagyajk tömegét bazisán, körülmetszés után egy metszéssel levette, mire a sebalapból legalább 20 kisebb-nagyobb arteriából indult meg lüktető vérzés. Compressio, megfogás Peánokkal, körülöltések catguttal, majd egyesítés catgutszücsvarrattal. Hasonló ellátás jobboldalt. Mint a leírás is említi, a czombhajlás felőli csoportokat az eltávolítottaktól csak keskeny bőrhíd választja el, mely két sor varrást el nem bírna. Ezért ha a második csoportokat is ki akarta volna bemutató metszeni, azt csak az említett bőrhíd fölládozásával tehette volna, a mi a keletkező nagy feszülés miatt nem látszott ajánlatosnak. Ezért a különben is inkább kocsányozott csoportokat éles kanállal lekaparta, a vérzést compressióval csillapítja, majd a papillomák helyét lapisolja. Műtét után vizsgálva, méhszáj 1 újjnyi, koponya rögzítve.

Szülés lefolyása normalis. Magzat 5 óra múlva, asphyxiásan születik meg, gyenge szív működés, mely hosszas, SCHULTZE ellenére lassanként még jobban gyengülve, megszűnik. Gát szülés után ép, varratok jól tartanak.

Gyermekágy első napjaiban mérsékelt hőemelkedések (38.5-ig, V. napon 39.0°) varrások környéke mérsékeltelen oedemás, kissé pirosas, azonban varrás tart, baloldalt csekély felületen, bevont szétválás, néhány szúrtesatorna genyed. Jodinctura-Jodoform. Minthogy az említett csekély reactio hőemelkedést nem magyarázza, rendszeres hüvelyöblítés, mire hőmérsék másnapra 37.5°-re esik, VII. napon 37.2°, VIII. naptól 37.0° alatt marad. Az említett kis szétválás per

secundam gyógyul, kb. 14 nap múlva már csak borsónyi granulatio jelzi helyét. Méh visszafejlődése szabályos. Az elbocsátás állapotát bemutatott fénykép illusztrálja, egyébként uterus jól visszafejlődött, antefl. és vert. szabad környezettel.

Az eset érdekességét bemutató az eltávolított növedékek nagy tömegében (demonstratio) és abban keresi, hogy a szülés megindulása után kellett a papillomákat a szülőút felszabadtása céljából extirpálni. Említésre méltó, hogy (a gátra egyébként nem terjedő) varrás a szülés alatti feszülést baj nélkül elviselte.

3. KOSSUTÁNY ISTVÁN dr. egy csecsemőt mutat be, a kinél többféle fejlődési rendellenesség van: a) rövid nyak és szokatlan fejtartás, b) a lábfő hyperflexiója, c) nagyfokú cyanosis. Feltűnő, hogy nemcsak az áll érinti a sternumot, hanem a nyakszirt maga is éri a hát, illetve a gerincoszlop gibbusát. A fej többé-kevésbé háromszögletűnek látszik, a mely háromszögnek egyik csúca az állsúcs, a másik a nyakszirtudor, harmadik a homlokcsúcs. A cyanosis okára vonatkozólag a szív fejlődési rendellenességére, vagy intrauterin szerzett szervi hibáira utal, (foramen ovale nyitvamaradása, a BOTALL-vezeték el nem záródása, art. pulmonalis stenosisa). A magzat és uterus közötti tér aránytalanságból származó nyomást említ fel e rendellenességek kifejlődése okául: kis méh, vagy kevés magzatvíz. A olygo hydramnionra támpontot nyújt nemcsak az újszülött tartása, hanem saját klinikai észlelése is, a mennyiben csakugyan kevesebb volt a magzatvíz, mint rendszeren szokott.

GÓTH LAJOS dr. hozzászólásában említi, hogy szülési diagnózisok között a legnehezebbek közé tartozik az olygo hydramnion, ebben az esetben a szülőszobai inspectiók abból, hogy: „hólyag nem képződött“ felvette, hogy a fokrepedés után volt, ehez járult a méhre nyomult fej, a mely tünetek nagyon gyakran szokták az olygo hydramniont elfedni. A magzatvíz kevesebb volta ebben az esetben teljesen ahoz hasonló elváltozásokat okozott, a minőket nagyobb fokban WINKEL írt le ectopusos magzatoknál, ez magyarázza a pes varust és a gerincoszlop elferdülését, s ebből véli a foramen ovale nyitvamaradását is megmagyarázhatni.

4. FÉLEGYHÁZI ERNŐ dr. egy *syphüüses alapon fejlődő alszár-fibrosarcoma* esetet mutat be a sebészeti klinikáról.

Az eset egy 64 éves g. kath. földmives asszonyra vonatkozik, a ki czelőtt 14 évvel a kolozsvári bőrgyógyászati klinikán gyógykezeltette magát bujakóros alszárfekélyekkel. A fekélyeknek gyógyulása után, kb. fél év múlva, jobb alszára újból kifekélyesedett, de ettől kezdve f. évi augusztusig orvosi gyógykezelésben nem részesült. Ekkor az készítette orvoshoz, hogy a jobb alszárán hátul egy daganata keletkezett, mely azóta folyton növekedik, míg 4 hónap alatt az a mostani nagyságát érte el.

Gyengén táplált, lesoványodott nőbeteg (testsúlya 53 kgr.) bőrszíne általában halvány; bal vállon, szegycsont bal oldalán és a bal alszár mellső felületén régi hegesedések. Tüdők felett kiskokú bronchitisnek a tünetei. Hőmérsék a felvétel napján este 39·9, másnap reggel 39·2°. Pulsus-szám percenként 100, a légzés 28, tehát valamivel szaporább. Egyéb szervek részéről eltérés nincs. Külső nemi szervek megtekintésre semmi eltérést nem mutatnak. Jobb lágyékhajlatban mogyoró-diónyi-, bal inguinalis hajlatban mogyorónyi-, hónalj árkokban borsó-babnyi mozgatható, fájdalomtalan nyirokmirigyek tapinthatók.

Fő elváltozás a beteg jobb alsó végtagjára vonatkozik. A jobb térd az alszárral együtt erősen megvastagodott, a bőr rajta kékesbarnán elszíneződött; a feszítő oldalon feszes, fényes, másutt ráncos és száraz hámpikkelyekkel borított. Nyomásra nem nagyon érzékeny. Az alszár alsó harmadának elülső felszínén koronányi ovális-, ettől lateralis és kissé felfelé egy ferde irányú, vese alakú, 5 cm. hosszú, felül 2 $\frac{1}{2}$ , alul 2 cm. széles, éles szélű, renyhén sarjadzó, részben genyes alapú fekély. Az alszár felső harmadának mellső felületén újjbegynyi hegesen bemélyedt felületen egymás felett két kimart szélű fekélyes ürmenet, melyek közül a felső 1 $\frac{1}{2}$ , az alsó 3 cm.-nyire alávájható, csont azonban sehohsem érezhető a sondával. Egyebütt elszórtan heges behúzóadások között lencse, bab, egész fillér mekkoraságú éles szélű, genyes alapú, felületes fekélyek.

Az alszár alsó és középső harmadának a határán hátul kb. cocusdió nagyságú daganat domborodik ki, mely a környezet felé élesen elhatárolt, halvány-piros dudoros felületű, tömött tapintatú, nem mozgatható, kifekélyesedve nincs. A daganat domborúata haránt irányban 18 cm., hossza 13 cm. Ettől felfelé az alszár felső hátsó harmadában a térdhajlatba is betérjedő, valószínűen az izomzattal összefüggő tyúktojás-diónyi, egymással összekapaszkodó terimenagyobbodások, melyek közül egy diónyi a térdhajlatban mozgatható.

Az illető a sebészeti klinikán 12 nap óta fekszik, mely idő alatt 15 gr. jódkálit fogyasztott el, fekélyeit pedig naponként Lugoldatos kötéssel kezelték. 39·2—39·9° láza, mihelyt a jódkálit kezdte szedni, egyszerre megszűnt s azóta hőmérséke folyton 36·4—37·0° között ingadozik. Közel 2 heti benntléte alatt a fenti gyógykezelésre és nyugalomra a jobb boka vastagsága 2 cm.-t, a térdé 4 cm.-t csökkent, a daganat ellenben 4 cm.-rel növekedett. Fekélyei megtisztultak, alapjuk szépen sarjadzik, helyenként a hámosodás is megindult.

A daganat széli részéből a szomszédos bőrrel együtt és egy fekély alapjáról szövettani vizsgálat céljaira f. hó 6.-án metszett ki egy darabot. A kimetszés után mindkét helyen diónyi, krátterszerűen bemélyedt, egyetlen zöldes genyes alapú fekély támadt.

A daganat széli részéből a bőrbe való átmeneti helyről kimetszett darab, górcső alatt haematoxin-eosin festéssel részben *fibrosarcoma*, részben *syphilis*-re jellemző szöveti elváltozások képét mutatja. Magában a daganat szövetben túlnyomó a kötőszövet, melyben néhol orsóalakú sejtekből álló nyálábos szerkezet is felismerhető, magoszlási alakok nem láthatók. A mélyebb részekben vastag falú véreerek, helyenként csaknem teljesen obliterálva, perivascularis infiltrációval; a kötőszövetben néhol hyalin elfajulás és gömbsejtes beszűrődés egészíti ki a kórszövettani képet.

A kórelőzmény, a talált eltérések és kórszövettani vizsgálat alapján tehát biztosan meg lehetett állapítani, hogy ebben az esetben: *luetikus alszárfekélyekkel* és *fibrosarcomával* van dolgunk.

A syphilitikus fekélyeket a pangásos fekélyektől nem nehéz elkülöníteni, mert míg ezek az alszár alsó harmadában székkelnek, addig a lueses fekélyek a felső harmadban is előfordúlnak, s míg egyik oldalon terjednek, másik oldalon a gyógyulás jeleit mutatják.

Érdekes ebben az esetben az, hogy az ő fibrosarcomája syphilitikus alapon fejlődött. Az ilyen daganatok régebben nagyon gyakran adtak alkalmat tévedésekre. ESMARCH említi, hogy különösen syphilitomák és rossz indulatú daganatok között fordultak elő tévedések, de tuberculomákat, aktinomykotikus daganatokat, cystákat és spontán töréseket is tartottak már sarcomáknak és carcinomáknak. Fontos tehát, hogy mielőtt műtéthez fognánk, tévedés elkerülése végett minden esetben kórszövettani vizsgálattal állapítsuk meg a diagnózist. Ha a kórszövettani vizsgálat valami jellemzetes daganatszövetnek a képét nem mutatná, ez esetben syphilitusre gondolunk és egy erélyes antilueticus cura indicált.

Jelen esetben a lueses alszárfekélyek miatt a jódkáli kezelést tovább fogják folytatni, daganatától azonban nem egy könnyen fog megszabadulni, s ha magának a fibrosarcomának a kiirtása nem sikerül, akkor amputálni kell a végtagot.

5. ANKA AURÉL dr. befejezi a december elsején tartott szakülésen megkezdett előadását. Az előadás közlését a Gyógyászat: Honvéd-orvos című mellékletében, 1906 december 16.-án 9. sz. megkezdette; 1907 januárius 27.-én 1. sz. és a következő számokban folytatja.

Hozzászól TURCSA JÁNOS dr.