

ÉRTESÍTŐ

AZ ERDÉLYI MÚZEUM-EGYESÜLET ORVOSTUDOMÁNYI SZAKOSZTÁLYÁBÓL.

XXIX. kötet.

1907.

II. füzet.

KÖZLEMÉNY A KOLOZSVÁRI M. KIR. FERENCZ JÓZSEF TUDOMÁNY-
EGYETEM ÉLETTANI INTÉZETÉBŐL.

Igazgató: UDRÁNSZKY LÁSZLÓ dr. egyetemi tanár.

Optikai tényezők a festőművészeti technikában.¹

Írta: DR. VERESS ÉLEMÉR egyetemi magántanár, az intézet adjunctusa.

A látási érzések értékesítése az észrebevés szempontjából sokféle irányban gyakorolható. A festőművész, ennek bírálója, vagy a természetnek más megfigyelője látási érzéseinek olyan elemeit is figyelemmel kíséri, a melyek a felületes szemlélő öntudatába bele nem lépnek. Az érzékszervek és így a látás szerve is, a maguk természetes ingerlései rendén is gyakorolhatók és a ki erre figyelmet fordít s az érzések kialakulása folyamán egy-egy tova sikló stadiumot megragad és elemez, bizonyos gyakorlás után úgy lát, mintha szeme idegen segédeszközökkel volna tökéletesítve. Ezen eszközöket, képletesen értve, új képességek adják meg, a melyek figyelem növelte érzékenységből erednek. Példa gyanánt már előre SEGANTINI spectralis látását hozhatom fel.

Ha a szabad természetben valamely élénk szín- és fényhatást nyújtó részletet hosszasan szemlélünk, szín- és fényérzésünk folyamataiban különféle átalakulások váltják fel egymást. Ezen változások a tárgyaknak a szemre gyakorolt hatását, vagyis a látás folyamatát valamely tárgygyal kapcsolatban, módosítják. Ez is bizonyíthatja, hogy látási érzésünk inkább érzékszervünket, semmint a tárgyakat és a valóságot jellemzi.

¹ Előadatott aquarelle-vázlatok bemutatásával az E. M. E. orvostudományi szakosztályának 1907. évi április hó 13.-án tartott szakülésén.

Egyéniségünk az említett esetben a látási érzések sorozatának, a szemben egymást fölváltó állapotváltozásoknak, nevezetesen utóképeknek hatása alá kerül, melyek néha oly hirtelen következnek egymás után, mint a forgatott kaleidoskop képei. Ez egyik oka lehet annak, hogy a szabad természetben a kellően világos látótér a szemlélőre sajátoszerű elevenséggel hat.

Nem tekintve azon esetet, a midőn egymás mellett fekvő két színfolt egymás hatását módosítja, a nélkül, hogy a reájuk nézés közben szemünket el kellene mozdítanunk, más, itt szóba kerülő hatások kifejlődéséhez hosszabb-rövidebb időre van szükség. Ezen hatások ugyanis a látószervnek időhöz kötött változásaival kapcsolatosak. Például, ha világos, vékony felhőháttérre gazdag körvonal változatokkal rajzolódó tárgyat, lombtalan fa ág-bogait stb. szemlélünk, a látószerv többféle bonyolult behatás alá kerül. A sötét, keskeny területek a szemlélés kezdetén nem tűnnek föl a „valóságnak“ megfelelő lefutásban; a háttér világossága a szemben keletkező képben, úgy, a mint ez a fényképeken is látható, a keskeny, sötét felületeket körülnyalábolja és el is torzítja azokat, pl. az ágaknak vonalszerű lefutását megszaggatja, a vonalakat pontsorozatokká bontja szét. A szétsugárzás ezen jelensége a látótérben végbemenő mozgás illúzióját kelti föl; 1—2 percz multán azonban az adaptatio következtében tetemesen csökken; a fényhez hozzászokott szem a vonalas lefutást és a csorbítatlan felületeket ismét meglátja: a látótér nyugodtabbá válik. A szétsugárzás mellett, főleg két okból, színes jelenségek is lépnek föl, akkor is, a midőn színek tárgyilagosan, helyesebben valamely „laicus“ szem bizonyossága szerint, nincsenek is előttünk. Az egyik és pedig physikai okból eredő jelenség a színes eltérés. Ennek következtében alkalmas viszonyok mellett a világos részletek mellett fekvő sötét felületek szélei színes szegélyeket kapnak. Ez a jelenség a tárgyaknak spectralis élénkségű ragyogást kölesönözhet.

A színes jelenségek másik oka a látószervnek rejtettebb, belső tulajdonságaival, anyagforgalmával szoros kapcsolatban áll. A szemben a nap egynemű, fehér fényét nem csupán a physikai készülékek bontják fel. A tulajdonképpeni érző szöveti összerendeltségnek ugyanis jellemző tulajdonsága, hogy a nap-

fény alkotó elemeit, a spectrum színeit egymás után föltárja.¹ Hogy ezt látási gyakorlataink kezdetén is már észrevehessük, e végből szükséges, hogy a világosság elég éles legyen és hogy a térnek körülírt területéről hasson be. Szétszóródó és gyöngévilágítás mellett az efféle jelenségekről beszélni, elméleti értékű eljárás volna.

Legkedvezőbb fényforrás maga a napkorong, midőn az a horizonthoz közel jár, úgy, hogy a belenézés már nem nagyon kellemetlen. Ha szemünket ezen erős ingernek annyi ideig tesszük ki, hogy a szem alkalmazkodott már hozzá² és szemünket azután valamely közömbös megvilágítású és színű felületre elfordítjuk, színes utóképek tűnnek föl egymás után. A napkorongját a figyelemnek kevés gyakorlása után vörös, zöld, sárga, kék és ibolya színekben a közömbös felületre egymás után felrajzolódni látjuk, mert a szem érző elemei a nap egynemű fényét elemeire bontják, elemzik. Ezért ezt a jelenséget *életteni fényelemzésnek* is nevezhetjük. Ez valószínűleg akkor is végbemegy, midőn a szem az említettnél csekélyebb fokú ingerhatás alá kerül, pl. ha nem egyenesen a napba nézünk, hanem a világosságával egyébként jól elárasztott légkör, vagy földterület részletét vesszük szemügyre. Kimutatása ilyenkor nem lehet oly szabatos, jelenléte azonban azt bizonyíthatja, hogy a látótér többé-kevésbé körülírt területeinek színes fölvilágítása nem mindig hallucinatio, vagy phosphen.

Az életteni fényelemzés termékei, a színes utóképek, egymást indukálják és pedig, ha zavaró körülmények közre nem játszanak, a kiegészítő színek természetének megfelelően. A szem tehát ebből eredőleg is utóképekkel megrakodva járja végig a látóteret és az újabb és újabb behatások számára most már az egyidejű inductióhatás (simultaneus contrast) sajátosságai szerint nagyobb, vagy kisebb érzékenységet mutat. Az utóképek és az egyidejű ellentétesség, illetőleg a simultaneus izgatás

¹ Lásd korábbi dolgozatomat: Megjegyzések a látással kapcsolatos szétsugárzás természetére vonatkozólag. Értesítő. 1903, XXV. K. III. füzet.

² Lehetséges, hogy a két folyamat kapcsolatban áll egymással; ezt a kísérleti föltételt csak azért hozom fel, mert az ingerlésnek az adaptatiohoz mért időtartama a jelenségeket a legélesebben föltünteti.

folyamatai, a színes eltérés és a szétsugárzás jelenségeivel szövetkezve, a szemben oly tömeges, részben ellentétes, részben egymást segítő mozgalmakat jelentenek, melyek viszonyának jellemzése alig lehetséges. Érvényesülésüket azonban észreveszünk, mert az érzések gyorsabb, vagy lassabb átmenetekkel változván, ebből eredőleg *a légkör és a tárgyak részecskéi számára bizonyos mozgási jelenségeket projiciálunk a térbe és érzésünk mozgalmasságát a tárgyakkal tulajdonítjuk*. Ezért, mint már érintettem, a természeti kép bizonyos elevenséget nyer.

Ha a festőművészt olyan kísérletezőnek szabad tekintenünk, a ki érzései és ezeknek ábrázolása között a harmoniát keresi és a ki művének szemlélőjére a természeti képet megközelítő elevenséggel akar hatni, feladatai közé kell sorolnunk azt is, hogy a látószerv említett tulajdonságait, ha mindjárt nem is a tudomány szemüvegén át nézve, tekintetbe vegye.

Foglaljuk bele a hatások összegébe a szétsugárzást is; így azután azt a kérdést állíthatjuk fel, hogy, ha a szétsugárzás, a színes eltérés és a fényelemzés, továbbá az ingerlékenység változásai a tárgyak látását módosítják, az érzéseknek melyik stádiuma az, melynek rögzítése látásunkat leginkább jellemzi, a szemlélőben pedig a külvilág mozgalmasságainak illúzióját kelti.¹ Nem azt mondjuk, melyik az a stadium, mely a „valóságnak“ megfelel, mert éppen az a kérdés, hogy mi a valóság abban, a mit látással megismerhetünk és művészzel ábrázolhatunk; a tárgyaknak megszaggyatlatlan vonalú lefutása és a világos háttérre rajzolódó tárgyak mozdulatlan feketesége-e?² Vagy pedig a szétsugárzás révén megcsorbított körvonalak, a szétsugárzás, a színes eltérés és az élettani fényelemzés termékeivel elborított felület ábrázolása-e?

A behatás idejétől függ az, hogy valamely szemlélő a két szélső lehetőség közül „valóság“ gyanánt melyiket tekintse. Minthogy a szétsugárzás lényeges csökkenéséhez 10—20, vagy

¹ Itt természetesen nem a nagy tömegmozgásokra, pl. szélfújta fák hajladozásaira, felhők alakulására és más indicatorokra, hanem a *részecskék* mozgásaira gondolok.

² A tárgyak saját színe a korábban említett példában nem érvényesülhet.

még több másodpercze van szükség, ezért a teret bizonyos gyorsasággal áttekintő egyén az említett esetben az ágbogakat stb. megtörve, torzítva, látászögi értékükben esorbítva látja, feltéve, hogy a látótér más területeinek hatása révén szeme az illető világitási fokhoz még nem alkalmazkodhatott. A szemlélő ezen esetben annál is inkább igazat ad az ábrázolatnak, ha az az övéhez hasonló érzéseket rögzít, mivel a fentebb említett példában a világosság és az árnyék elosztása sokkal erősebb inger, semhogy a vele kísérletezést a laicus szem keresse és kísérlete eredményeképp utóbb meggyőződhetnék arról, hogy a jelenségnek más felfogása is lehetséges, vagyis, hogy a tárgyak az adaptálódott szem észlelésének megfelelően is föltüntethetők.

A színes eltérés a világos és sötét területeknek határvonalán rögtön a szemlélés kezdetén jelentkezik és annak itt számbajövő ideje alatt oly mértékben nem is változik, hogy maga ez a változás az ábrázolás tekintetében valamilyen követelményeket támaszthatna. Minthogy e mellett ez a jelenség a térnek bizonyos területeihez van kötve (fény és árnyék határa), az optikai hatások összegében jelentékeny szerepet nem játszik.

Az élettani fényelemzés bekövetkezéséhez ellenben bizonyos időre van szükség. A szétsugárzás ezzel szemben éppen ezen időérték lepergése előtt a legkifejezettebb. Minthogy azonban a szétsugárzásnak hatását a kép elevenségére a fényelemzés termékei elősegítik, a két jelenségnek egyidejű ábrázolása nem hat úgy, mint valamely anachronismus.

Az élettani fényelemzéssel szemben, mint bizonyos tekintetben azzal antagonistá folyamat ismeretes az élettani színkeverés, a mint azt pl. EXNER¹ leírta. Ő 1 cm^2 -nyi területű vörös és zöld színű négyzeteket a sakktábla mintája szerint egymás mellé helyezett és azt tapasztalta, hogy az ilyen mintázat a megfelelő távolságból egyenletesen szürkés felületnek látszik. Hasonló keverést a szivárvány színei révén is megkapunk a nélkül, hogy pl. a színes sectorokkal ellátott forgó korongra volna szükség. Ennek megfelelően a fényelemzést is megkapjuk physikai segédeszközök nélkül is.

¹ Studien auf dem Grenzgebiete des localisirten Sehens. Archiv f. die ges. Physiologie. 1898. 73. k. 117—171. l.

Az optikai színkeverés bekövetkezéséhez csak bizonyos távolságra, illetve arra van szükség, hogy a színfoltok látászögi értéke a kép egységes áttekintéséhez szükséges távolsághoz mért legyen. A szivárvány színeire festett tárgy a jól megvilágított, szabad térben a légkör és a többi tárgyak milieu-jébe beilleszkedik úgy, hogy az kellő távolságból észre sem vehető. Az ilyen színfoltokat a környezet, továbbá a szemlélőt tőlük elválasztó levegőréteg tökéletesebben elnyeli, mint akár az olyanokat, a melyek a közvetlen környezet színeihez és tonusaihoz alkalmazkodnak. Az élettani színkeverést és ennek hatását a színek élénkségére egyébként EXNER¹ az élettani szóródásos körök alapján kimerítően tárgyalta.

A mennyire művészien látó physiologus EXNER, annyira raffinált physiologiai kísérletezők azon művészek, a kik az élettani fényelemzést képeiken föltüntetik, talán nem is azon alapon, mintha magát az elemzést észrevették volna, hanem azért, mert az apró színfoltok optikai hatását, az élettani színkeverés révén, ismerték. Képeiknek azonban nemcsak az optikai hatás szolgáltat igazságot, hanem *az antagonista folyamatnak, az elemzésnek, a szétbontásnak tényleges létezése is.*

A legclassicusabb képszövő, SEGANTINI előtt mások is dolgoztak hasonló technikával; így pl. CLAUS E.² már 1849-ben az ilyen eljárásnak kitűnő példáját adta a bruxellesi újkori múzeumban látható nagy képével, mely a Lys folyón átkelő csordát ábrázol. CLAUS ezen képén durvábban, nagyobb foltokkal dolgozott, mint általában SEGANTINI, de említett képén az alakok terjedelme arra utal, hogy az összes hatást a megfelelő nagy távolságból figyeljük. Ez a távolság ugyanis, melyből az optikai vagy élettani színkeverés a szemben bekövetkezik, a spectralis színfoltok nagysága szerint változik; ez pedig ismét a kép

¹ I. h. VII. fejezet: Einige Bemerkungen über die physiologischen Zerstreuungskreise in der Kunsttechnik.

² SEGANTINI-t és CLAUS-t csak a gyűjtőtávolságra vonatkozó összehasonlítás kedvéért idéztem. Ha a pointillagera és a vele rokon hatású technikára vonatkozólag a történeti igazság szempontjából akarnánk eljárni, régmúlt időkbe kellene visszamennünk, mert ezen technika története a naturalismus történetével összefüggésben van. Ily szempontok méltatására azonban ezúttal nem terjeszkedhetem ki.

méreteihez kell hogy alkalmazkodjék. Minél kisebb a kép, annál kisebbeknek kell lenniök a spectralis színfoltoknak, vagyis annál kisebb a kép gyűjtőtávolsága az optikai hatás tekintetében. Ezen arányosság szabályainak helyes alkalmazása oly feladat, melynek megoldására csak olyan intelligencia vállalkozhatik, mely az egyszerű mesterkedésnél magasabbra hivatott.

Az optikai hatást szolgáló kicsiny színfoltok számára természetesen a természet anyagait és tereit általánosságban jellemző nagyobb kiterjedésű tonus-színfoltok kell hogy alapozás gyanánt szolgáljanak.

SEGANTINI az ő képeinek nagyságához mért színfoltjaival a szabad természetben föllelhető spectralis hatásokat meg tudta közelíteni azon képein is, a melyeknek méretei aránylag kicsinyek. Ez pedig munkájának igen figyelemreméltó eredménye. A szabad természeti kép elementaris, közvetlen hatását ugyanis részben a nagy felületi behatással az egész látótérre kiterjedő izgató felülete révén gyakorolja. A festett kép, melyet bizonyos távolságból kell szemlélnünk, a fényérzések intenzitása szempontjából fontos szerepet játszó periphériás látás mezejét csak részben töltheti be. A képnek kis területén tehát mindazon eszközök, illetve technikai fogások kiaknázása kívánatos, a melyek a természeti kép mozgalmasságát feltüntethetik. Itt természetesen ismét csak a szem tulajdonságain alapuló mozgalmasságról van szó.

Ilyen eszközök: a nem adaptálódott szemben bekövetkező szétsugárzás, a fényelemzés termékei, továbbá az itt még nem tárgyalt egyidejű ellentétesség és a színlebegés is.

A látószervben ugyanis az utóbbi jelenségek is indítanak meg mozgalmakat. Erre az is utal, hogy kiegészítő színek, különösen a napsütötte területeken oly fontos szerepet játszó kék-sárga színpár, az ily színben látott tárgyaknak vetélkedését idézhetik elő, a mely pedig mozgási illúziók bevezetésére alkalmas folyamat.

E mellett az egyidejű ellentétesség a szemet reflex úton apró tényleges mozgásokra, vagy legalább is a szemizmokat feszülésük változtatására ingerli. Ezen mozgalom valószínűleg a kiegészítő színeknek a retinalis képben érintkezési határáról indul ki.

A színlebegés (lebegő szívek, *Wheatstone*) az előbb említett tényezőkkel szövetkezve kiválóan alkalmas fényhatások utánzására. Pl. felhők között lemenő nap nyugtalanító vörös fényét még telítetlen aquarell-színek segítségével is meg lehet közelíteni, ha a felhők közül kisugárzó vörös fény-, illetőleg színkék közé ultramarinkék vagy vízkék színben pontokat és finom vonalakat szövünk.

A kellően összeválogatott kék és vörös színeket, helyesebben ezek határvonalat egyszerre élesen látni nem tudjuk; a vörös közelebb, a kék távolabb fekvőnek tűnik föl; az ilyen színű foltok közvetlenül egymás mellett fekvődvén, az alkalmazkodás készülékét élénken ingerlik; úgy, hogy a folytonos működés-változás izomérzésekhez is vezet, a mi a színfoltokat szemlélés közben a fény mozgásos tulajdonságaival ruházza föl.

Ezekből következik, hogy a szemnek különböző izomkészülékei és a fajlagos érző készülék egymással egybevágó működése révén a képnek mozgalmasságot kölcsönöznek. A képnek azon része pedig, a melyen a többi részek rovására optikai tényezők összpontosulnak, művészi hatás szempontjából a kép középpontjává lesz.

Heveny általános mérgezés esete resorcin külső alkalmazása után.¹

Írta: DR. VERESS FERENCZ kórh. másodorvos.

Ha erős — pl. 50%-os — resorcin kenőcsöt, mondjuk naponta egy órán át a bőrre kenünk, 5—6 nap leforgása után erős elváltozások lépnek fel a bőr legfelületesebb rétegében, a hámban. Eleinte piros, lobos lesz a bőr, majd a szarúrétteg barnás, síma, feszes kéreggá válik, mely a további napok valamelyikén lemezek alakjában leválik, s alatta szép, regenerált, rózsaszínű bőr tűnik elő, melyről az esetleg előbb jelen volt apróbb szépség hibák, úgymint acnék, vérértágulások, szeplők, májfoltok stb. eltűntek. Ez az UNNA-féle hámlasztó kura.

Pár héttel ezelőtt egy teljesen egészséges, erőteljes, fiatal úri nőnél teleangiectasiák miatt az arczon ilyen hámlasztó kurát szándékoztam végezni s e célból az UNNA-féle resorcin hántó-kenőcsöt írtam fel, mely egyenlő mennyiségű resorcinból és zinkpastából áll, tehát 50%-os.

A beteg terület legfeljebb férfitenyényi terjedelmű lehetett s a kenőcsöt csak éppen a beteg részre alkalmaztuk. Az első 5 napon napjában egyszer hagytam rajta a kenőcsöt az arczon kb. $\frac{5}{4}$ órán keresztül. Mivel a kívánt hatás — vagyis erősebb fokú gyulladás — ez idő alatt nem fejlődött ki, ajánlottam betegnek, hogy hagyja a szert a következő napon két órán keresztül hatni s csak azután mossa le faolajjal, a mit meg is fogadott. Másnap meglátogattam, de a bőrt még mindig a normálnál csak alig észrevehetően lobosnak találtam. Meg kell jegyezni, hogy ez alkalommal abban a hiszemben, hogy az

¹ Előadatott az E. M. E. orvostudományi szakosztályának 1907. évi április hó 13.-án tartott szakülésén.

előző napokon használt kenőcs, talán régi, állott, erejéből vesztett resorcint tartalmazott, egy másik gyógyszerárban készült új kenőcseszel kénnettem be az arcot. A 7-ik napon a beteg már türelmetlenkedett a gyulladás késése miatt, a mint utóbb értesültem, bekente arcát reggel 8 órakor s csak déli 1 órakor, tehát 5 óra múlva mosta le.

Már a délelőtti folyamán bágyadtnak érezte magát s kissé émelygett, úgy, hogy délben nem is nyúlt ételhez. Közben fokozódó főfájás lepte meg, majd szédülni kezdett s nagyon betegnek érezte magát. Ez az állapot délután 5 óra felé súlyosbodni kezdett, u. i. ekkor hirtelen kirázta a hideg, reszketni kezdett, szívdobogást érzett, majd kinzó hányás, hasmenés és rángó göresök fogták el. 10—15 percz múlva bő izzadás kíséretében enyhültek e súlyos tünetek pár percznyi időre, mely után ismét rázóhideg, szívdobogás, makaes hányás és hasmenés, majd izzadás következett. Körülbelül negyedórai időközökben ismétlődtek ezek a rohamok este 8 óráig, szóval 3 órán keresztül.

Az előhívott házi orvos ismeretlen eredetű mérgezésnek tartotta a dolgot, majd aztán kutatva az ok után, a resorcinos kenőcs alkalmazására vezette vissza a tüneteket, mikor a háziak a vényt megmutatták és hideg vizes borogatásokat rendelt a fejre és a szív tájékára. A beteg 9 óra felé jobban lett, de bágyadtsága, kisebb fokú émelygése, s főfájása még 3 napig tartott.

Utána jártunk a dolognak s a használt kenőcsön kívül semmi olyan okot, nevezetesen ételt, italt, mely mérgezést okozhatott volna, vagy a mit a családtagok is be nem vettek volna, nem találtunk. Ennélfogva kétségtelennek tartom, hogy a mérgezés a bőrön keresztül felszívódott resorcinnak tulajdonítható. Majd, hogy meggyőződjem arról, vajjon tiszta resorein volt-e a kenőcsben, hozattam mindkét gyógyszerárból 10—10 gr. mennyiséget s megvizsgálva, azt találtam, hogy az a jó resorcin minden követelményeinek megfelel.

A resorcin benzolderivatum és pedig dihydrobenzol, képlete $C_6H_4(OH)_2$ vagyis $C_6H_6O_2$. A carboltól csak annyiban különbözik, hogy ennél csak egy hydroxyl lép be egy H helyébe, úgy, hogy a carbol képlete tehát: $C_6H_5(OH) = C_6H_6O$. Fehér,

könnyen oldható, szagtalan, érdes tapintatú, jegeces por, melyről JESSNER¹ azt írja hogy: *belsőleg véve nagyon mérges, külsőleg alkalmazva soha mérgezési tüneteket nem okoz* (l. 39. l.). A gyógyászatban egy időben igen kiterjedten használták belsőleg is porban, oldatban antifermentációs és desinficiens hatása miatt dyspepsiáknál, bélhurutnál, cholera nostrasnál. Adagja BOEHM² szerint gyermekekénél 0·01—0·1 pro dosi, 0·1—0·5 pro die, felnőttek részére 0·25—0·5 pro dosi, 2 grm. pro die. A magyar gyógyszerkönyv már nagyobb adagokat enged meg és pedig egész 3 grmig pro dosi és 10 grmig pro die belsőleg. MARSCHALKÓ tanár úr évekkkel ezelőtt EWALD-tól a következő rendelvényt kapta: Rp. Resorcini resubl. 5·0 Naphtholi β, Sacchar. lactis, Bismuthi subnitr. aa 10·0 Mfp. D. S. Napj. 3 lecsapott gyermekanállal. Ez az adag semmi kellemetlen hatást nem okozott.

Mint antipyreticum nem honosodhatott meg, mivel ez a hatása nagyon múló természetű. 2—3 grm. resorcin bevétele után erős izzadás kíséretében ugyan hamarosan esik le a hőmérsék 2—3 fokkal, de a hőcsökkenés 2—3 óra múlva megszűnik s az előbbi hőmérsék áll be. KOBERT toxicológiája szerint (539. l.) lázasok közérzetét különben sem javítja, typhusosok somnolentiáját, pneumoniások nyugtalanságát nem befolyásolja. Többször leírták, hogy a hőleszállással együtt remegést, rándást, deliriumot, collapsust idézett elő. 2%-os oldattal történt gyomormosás után halálosan végződött mérgezést is írtak le (l. KOBERT, idézet hiányzik!) ANDEER közölt egy esetet, melyben 10:250 oldat belső használata után eszméletlenség, klonikus görcsök, múló opisthotonus állott be, a végtagok kihültek, a légzés nehéz, hörgő volt, s e tünetek 5 órán keresztül állottak fenn. JAKABHÁZY tanár úr, gyógyszerertani adjunctus, a kinek az esetet elmondtam, s a ki szíves útbaigazításokkal szolgált, különösen jellemzőnek tartja a *remegést*, mely központi eredetű. A nagy izzadásnak, hőcsökkenésnek az oka a vasomotoros centrum bénulása, minek folytán a peripheriás erek kitágulnak. Szerinte a leírt mérgezés kórképe nagyon hasonlít a carbolmér-

¹ JESSNER: Dermatologische Heilmittel. Würzburg 1905.

² Lehrbuch der Arzneiverordnungslehre 1903. Jena.

gezéshez, s ép ez bizonyítja, hogy itt tényleg resorcinmérgezés-sel van dolgunk.

Sajnos, nem volt módom a vizeletet megvizsgálhatni, a mi esetleg bizonyító erejű lett volna. Carbol, vagy resorcinnak a szervezetbe jutása alkalmával ugyanis a szervezet összes mozgatható kénvegyületeit a bejutott mérég lekötésére használja fel, s mérgezés esetén ennél fogva a vizeletben nem találunk sulfátokat.

A rendelkezéseimre álló irodalomban *resorcin külső* használata után fellépett általános mérgezésre vonatkozó feljegyzést nem találtam, bár bizonyára vannak ilyenek, mivel a dermatológiában igen kiterjedten használjuk. Híg, vizes, vagy alkoholos oldatokban, borogatások alakjában különösen heveny, nedvező eezemánál ajánlatos a használata keratoplastikus hatása miatt. Gyengébb koncentrációjú resorcin kenőcsöket a legkülönbözőbb bőrbántalmaknál rendelünk, esetleg más szerekkel, mint salicyllal, kénnel kombinálva. 50%-os kenőccsel hámlasztjuk a bőrt acne vulgaris, rosacea és különböző pigmentum anomaliák eltávolítása céljából. Annál meglepőbb tehát, hogy ilyen kiterjedt külső használat mellett, mérgezések nem, vagy csak ritkán fordulnak elő. A tankönyvek a resorcin külső használatát illetően semmi óvatosságra nem intenek, pedig a mi engem illet, ezek után óvatosabb leszek.

Hogy esetemben voltak-e a mérgezés létrejövetelét praedisponáló körülmények, nem tudom; de a dolog annál érdekesebb, mivel a kenőcsöt csak egy tenyérynyi helyen alkalmaztuk. Mint oly sok más szernél, úgy nem lehetetlen, hogy itt is szerepet játszott az egyén reakciója, az idiosyncrasia. Bármint álljon is a dolog, a belőle levonható tanuság az, hogy *a resorcin külső használata után is léphet fel heveny általános mérgezés, s ezért legyünk óvatosak akkor, midőn azt a szert erős koncentrációban, nagy felületen, vagy hosszú időn keresztül alkalmazzuk.*

Jegyzőkönyvek

az „Erdélyi Múzeum-Egyesület“ orvostudományi szakosztályából.

VIII. szakülés 1907. évi április 6.-án.

Elnök: TURCSA JÁNOS

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. DR. VERESS FERENCZ. Betegbemutatások a bőrklinikáról:

1. *Syphilis tertiaria papulosa nasi esete*. M. H. 12 éves szótelki leányka 1907. februárius 20.-án vétetett fel. 2 év óta orrán és bal czombján kiütések vannak. Szülei és 2 testvére él, egészséges.

Felvételkor: az orrháton és oldalán, az orrsövényre is reáterjedőleg a bőr élénkebb vörös, helyenként kiemelkedő göbcsékkal fedett és száraz pörkkel bevont. A bal térdizület fölött egy tallérnyi terjedelmű szederjes színű, kissé kiemelkedő, felerészben hámfoszlott elváltozás. Valamivel alább fillérnyi kerek régi heg.

Az orron levő elváltozás csalódásig híven utánozta a lupus vulgaris képét. Hosszas — 2 évi — fennállása szintén lupusra vallott. Ellenben a lábon leirt tallérnyi kifehélyesedett daganat tipusos tertiarius bőrsyphilis volt. Ebből kiindulva, valamint tudva azt, hogy a késői syphilis különösen az orron és arczon néha számos csoportos, lenesényi, borsónyi papula, pustula vagy esomó — nodulus — alakjában is mutatkozhatik, felvettük, hogy a kórkép esetleg ilyen *tertiarius papuláknak*, *acutiformis syphilisnek* felelhet meg. Ezen az alapon higany- és jodkurát kezdtünk meg, mely a kívánt sikerrel járt, a mennyiben — mint látni méltóztatnak, most, 6 hét múlva — már csak a bántalom nyomai vannak jelen kerek hegek alakjában.

2. *Szokatlan külsejű syphilomák esete*.

D. G. 50 éves szamosújvári magánzónő mindkét ajakán 3 hónappal felvétele előtt 3 daganat keletkezett, melyek miatt különböző orvosok, többféle kenőcsöt rendeltek sikertelenül. A daganatok nem hogy múltak volna, hanem még növekedtek.

Az anamnesis semmi irányban nem nyújt felvilágosítást.

Felvételkor: Ezelőtt egy hónappal következő állapotban volt: jól fejlett, jól táplált erőteljes nő; felső ajakán az ajakpir szélének közelében egy mögyorónagyságú, félgömbalakú, kerek alapú, tetején hámfoszlott, nem genyedő, savós felületű élénk barnás piros színű, puha, majdnem fluctuáló daganat ül. Hasonló, de valamivel kisebb két daganat volt az alsó ajak bőrén is — a mint az intézetünkben felvételekor készített viasmoulageon látható. Sehoh az egész szervezetben luesre vagy tbc.-re valló elváltozásokat nem találtunk.

A mint a leírásból kivehető, a diagnosis felállítása meglehetősen nehézségekbe ütközött volna, mert sclerosisra a daganatok puha szerkezete, mirigybeszűrődések hiánya miatt nem is gondolhattunk; tertiarius luesfolyamatnak sem felelt meg a kórkép, carcinomának igen puha, bőrtuberculosisnak nagyon jóindulatú volt az egész elváltozás, eltekintve attól, hogy sem kifehélyesedés (csak felületes hámfoszottság) sem a környezetben göbcsék vagy egyéb tbc-os jelek nem voltak. A diagnosisért elfüggesztve, hétizben exeindáltunk a daganatokból, de a szövettani vizsgálat — melyet Dr. VESZPRÉMI egyet. m. tanár úr volt szíves megejteni — csak jellegnélküli dús infiltratumot, granulatiós szövetet mutatott, minden specifikus jel, vagy elrendeződés nélkül, melynek látásával szóba jöhetett ugyan a tertiarius lues, de biztosan állítani azt sem lehetett.

Ennélfogva az „ex juvantibus et nocentibus“ elve alapján kezdtük meg az antilueses higany- és jódkurát, mely alatt a leírt daganatok 4 hét alatt, majdnem teljesen visszafejlődtek s így *syphilitomáknak* bizonyultak.

E két eset is mutatja, mennyire változatosak a syphilitikus nyilvánulásai, milyen polymorphia uralkodik tüneteiben. Bármennyit lásson is az ember, mindig találkozhatik olyan eseteivel a syphilitikusnak, melyeket nemcsak klinikailag, de szövettanilag is nehéz kórismézni.

3. Ezek után *négy tertiarius syphilitikus* egyént van szerencsém bemutatni, a kiknek betegsége ugyan banálisnak tünhetik fel a dermatologus előtt, de a Szakosztály többi tisztelt tagjait bizonyára érdekelné fogja. Nap-nap után tapasztaljuk ugyanis, hogy többé kevésbé súlyos syphilitikus esetek félreismertetnek, specifikus kezelésben nem részesítetnek. A korai syphilitikusnál is elég gyakoriak ezek a tévedések, bár olyankor az elsődleges gócz esetleges jelenléte vagy nyoma, a jellemző mirigybeszűrődések, vagy könnyen felismerhető nyálkahártyatünetek, továbbá sok esetben a beteg hivatkozása előrement sclerosisra megkönnyíti az orvos dolgát. A tertiarius syphilitikusnál azonban, a hol 2—3, vagy 10—20 év telt el az infectió óta, a hol a betegség néha direct következménye valamely traumának, — pl. esésnek, ütésnek, operatiós beavatkozásnak stb. — vagy a hol egyéb kórképeket imitál, teszem azt, chronikus rhinitist, laryngitist, vagy zsigerek megbetegedését, mikor a páciensek lueses infectióról sem-

mit sem tudnak, vagy egészséges gyermekek szülői, a kikről a gyakorló orvos fel sem meri tételezni, hogy syphilisesek volnának, akkor nem is lehet csodálkoznunk azon, hogy ha a látszat tévedésbe ejt kisebb gyakorlattal bíró orvosokat és eltereli figyelmüket a baj lényegéről. Hogy ez tényleg így van, bizonyítják jelen alkalommal bemutatandó betegeim.

a) eset: N. J. 45 éves magyar-décsei nős béres czombjain és mindkét alkarja háti felületén 7 hónappal ezelőtt fekélyek keletkeztek, melyek orvosi kezelés nélkül 5—6 hét alatt részint begyógyultak, részint szaporodtak. Ugyanakkor jobb lábán is léptek fel hasonló elváltozások, melyek azonban semmi gyógyulási hajlamot sem árultak el. Egy hónappal ezelőtt mindkét térdizület alatt, az alszár mellső és külső oldalán s bal alkar hajlító oldalán fejlődtek ki hasonló sebek. *Több ízben volt orvosnál, a ki pusztán kenőcsöket rendelt helyileg, minden eredmény nélkül.* — Szüleit nem ismerte, 6 testvére él, egészséges, 5 testvére, részint tüdőgyulladásban, részint choleraában pusztult el. Három gyermeke közül egy 20 éves leánya él, a másik kettő 1½ és 4 éves korában halt el bélfurugban. *Syphiliséről semmit sem tud, penisén fekélye sohase volt.*

A középtermetű, közepesen táplált férfi jobb belső bokája táján majdnem tenyérnyi helyen, szederjes udvar által körülvevett, rendetlen hegesedés és ennek felső szélén zeg-zugos, éles szélű fekélyek láthatók, melyek alapja pirosas, sarjadzó és fényes, gummi arabicumszerű savós váladékot termel. Az alszárak felső részén több, hasonló kerek csoportos fekély ül részint fehéres hegszövetben, részint sötét kékes-vörös udvarban. Hasonló, de kisebb terjedelmű elváltozások találhatók a bal alkar hajlító oldalán, valamint nagyrészt begyógyult fekélyek és azok hegei a két alkar külső oldalán, s a czombokon. A jobb lábfej oedemásan dűzzadt.

Diagnosis: részint jellemző bőrgummák, részint *ulcerosus és serpiginosus bőrsyphilis.*

b) eset: B. J. 36 éves nős, kisküküllőmegyei napszámos jobb lábszárán 5 éve vannak fekélyek, melyek miatt évenként 3—3 hónapot töltött egy megyei kórházban, a hol az egész idő alatt sárga hintőporral kezelték minden eredmény nélkül. Apja 58 évet élt, anyja 65 éves, egészséges. Hat testvére él, egészséges. Egy gyermeke volt, a ki 2 éves korában pusztult el előtte ismeretlen bajban. — Abortus nem volt. Lueséről semmit sem tud, fekélye nem volt.

Status praesens: Csak egész röviden említem fel az elváltozásokat. Magas, közepesen táplált egyén jobb lábszára egészében jóval nagyobb terjedelmű, bőre sötét kékesen beszűrődött, kifeszült, fényes, vastag; a tibia éle elmosódott, s az egész esont megvastagodott. Az alszár bőrén 10—12 lencsényi egész tallérnyi kerek,

vagy ívezett, részben patkóalakú, éles szélű fekély látható, melynek alapján pirosas sarjszövet és azon nyúlós, savószerű váladék van. A lábfej bőre ép, de maga duzzadt, oedemás, sokkal vastagabb a normalisnál. A penis phrenuluma hiányzik.

Soha antilueses kezelésben nem részesült.

Diagnosis. Gummata exulcerata, elephantiasis et periostitis syphilitica cruris.

c) eset: P. J. 53 éves magyar-gorbói, nős, oláh napszámos bal lábán már 30—35 évvel ezelőtt sebek keletkeztek, melyek hol elmúltak, hol rosszabbodtak; pár évvel ezelőtt a sebekhez még a lábfej duzzanata is csatlakozott. 20 évvel ezelőtt volt egy ízben 2 hónapig a kolozsvári Karolina kórházban, a mikor meg is gyógyult egy időre; sem azelőtt, sem azóta orvosnál vagy kórházban nem volt.

Egészséges szülőktől származik, három egészséges, ma is élő 20—24 éves gyermeke van, több nem is volt.

Felvételek: a gyengén táplált, vérszegény beteg jobb lábán a tibia élén heges behúzódnások, a patella körül különböző régi hegek találhatóak. A lábfej majdnem az alszár közepe tájáig általánosan duzzadt, formátlan, eredeti térfogatánál legalább kétszer vastagabb. Nevezett helyen a bőr szederjes, vöröses, feszes, kemény és megvastagodott, helyenként ráspolyszerűen érdes. A lábujjak rendetlen állásuak, a II. és III. ujj csonka s egymással összeforradt. A talpon 6—7 krajczárnyi kerekded fekély között egy diónyi sarjadzó daganat áll ki. A talp elülső részének közepén pedig egy 6—7 cm. hosszú, 3—4 cm. széles élesszélű, mély anyaghiány van, melynek alapját renyhén granuláló vörös szövet alkotja. A symphysis felett kb. tallérnyi heges elváltozás tűnik fel, melynek egyik oldalát félkör alakú pőrkkal fedett, kemény sarjszövet határolja. Ehhez egészen hasonló folyamat van a bal alszár hajlító felületén.

Az eset elbírálásánál szóba jöhetett volna valamilyen tbc-s folyamat, miután tudvalevőleg a végtagok kiterjedt, vagy régi lupusa gyakran idéz elő ilyen fokú elephantiasist is. A diagnosist azonban megkönnyítette, sőt bizonyossá tette a symphysis felett és az alszár hátsó részén jelenlevő, egyik oldalon tovaterjedő, másik oldalt heggel gyógyuló granuloma, mely típusos tertiaris borsyphilidet alkotott. A kórisme tehát: *Lues III. elephantiasis et gummata pedis. Syphilis tuberoserpiginosa abdominis et cruris.*

d) eset: K. I. 39 éves, nős, hidegszamosi oláh napszámos; bal felkarján ezelőtt egy évvel sebek keletkeztek. *Tíz évvel előbb* ugyanolyan fekélyek voltak homlokán, melyek azonban egy évi fennállás után önkényt meggyógyultak. Orvosnál sohasem volt, most is azért jött a kórházba, mert balkarját munkánál nem bírja használni.

Apja fiatalon, anyja 80 évesen halt el. Kilencz gyermeke született. Az első most is él, egészséges, 16 éves; az utána követ-

kező három gyermek pár hetes korban pusztult el, a későbbiek ma is élnek.

Mellőzve a leírást, csak röviden a kórismére szorítokozom, mely szerint itt az egész bal felkarra és vállra kiterjedő igen szép és jellemző *tubero- és ulcero-serpiginosus bőrsyphilissel* van dolgunk. Ugyanílyen elváltozások nyomai vannak a homlok bőrén.

E négy utóbbi eset az úgynevezett *endemiás syphilis* esetek közé sorozható. A mennyiben viselkedik egyáltalában *tudomással sem bírtak betegségük lényegéről*, vagy fertőzésükről és annak idejéről. Az infectio ezeknél igen *gyakran extragenitalis* úton történik, s a syphilis részint a betegek alacsony intelligenciája, részint forgalmon kívül eső lakóhelyükön *orvos hiánya* miatt teljesen magára hagyatva zajlik le szinte észrevétlenül, míg nem évek, vagy évtizedek múlva súlyos tertiär tünetek késztetik az illetőket valamely kórház felkeresésére, akkor, midőn betegségük már mindennapi munkájukban, vagy egyéb cselekvényeikben akadályozza őket.

De nemcsak ez a körülmény késztetett ezeknek a betegeknek bemutatására, hiszen Erdélynek nagyrészt oláhlakta vidékeiről számtalan hasonló esetet észlelünk klinikánkon; hanem inkább az a szomorú tény, hogy a *vidéki orvosok egy része néha még a legjellemzőbb syphilis-esetek felismerésére sem képes*, sőt látva a hónapokig, vagy évekig folytatott nem specifikus kezelés eredménytelenségét, még sem jut arra a gondolatra, hogy legalább kísérletképpen egy antilueses kezelést végezzen. Sőt a mi még jellemzőbb, *orvostársadalmunk egy részének hiányos venereologiai és dermatologiai képzettségére* — tisztelet a kivételeknek — azt is gyakran tapasztaljuk, s a bemutatott *b)* eset is bizonyítja, hogy vannak esetek, midőn típusos alszárgummákkal időszakosan évekig tartózkodik valaki *megyei közkórházban*; a hol az egész idő alatt xeroformmal kötözték a nélkül, hogy egy napig is specifikus kezelést kapott volna.

Ezeknek a bajoknak a forrása az eddigi helytelen egyetemi oktatási rendszerben volt s rajtuk csak úgy lehetne segíteni, ha a *dermatologia* az egyetemen mint *elsőrendű fontos tantárgy* a többi főbb klinikai disciplinával egyenlő elbánásban részesülne s *kötelező vizsgatárggyá* emeltetnék.

II. DR. VESZPRÉMI DEZSŐ ÉS DR. KANITZ HENRIK: *Heveny sárga májsorvadás bujakórosnál.*

P. E. 21 éves férfi 1906. májusban szerzett syphilit, aug. elején kis gübcéses syph.-es kiütéssel a szamosújvári kórházban végzett bujakórellenes kezelést. Okt. közepén fillérnyi, egész koronányi papulák lépnek fel szétszórtan az egész köztakarón, melyek gyorsan kifehélyesednek és rupiaszerű varokkal fedődnek. Ezen elváltozásokkal került a beteg a bőrgyógyászati kórodára 1906. nov. 1.-én. Itt újabb higanykezelést rendeltünk el, de mivel a beteg

erőbeli állapota rohamosan hanyatlott és gyomor-bélzavarok, mint émelygés, hányás, hasmenés léptek fel, a higanykezelést öt drb. 3 grmmos higanykenőcs bedörzsölése után beszüntettük. Nov. 6.-án icterus jelentkezett és ezen idő óta a folyton lázas beteg feltűnő módon elgyengül. Nov. közepén a sárgaság icterus gravis képét ölti, a bőr sötét zöldes-barna színűvé válik, a köztakarón vérzések lépnek fel, a májtájéka rendkívül érzékeny, májtompulat kisebb, a beteg rendkívül bágyadt, soporosus. Nov. 16.-án heves izgalmi tünetek jelentkeznek az idegrendszer részéről, deliriumok, göresök alakjában, melyek a bódulat különböző fokozataival váltakozva állottak fenn, a nov. 18.-án reggeli 6 órakor bekövetkezett halálig.

A bonczolat alkalmával a máj az *atrophia flava acuta hepatis* képét mutatta és ennek jelenlétét a görcsövi vizsgálat is beigazolta. A máj parenchymájának heveny szétesését bemutatók a syphilis toxinjainak behatására vezetik vissza, annál inkább, mert a bőrnek syphilises elváltozásaiban Levaditi kezeléssel, szokatlanul nagy tömegben, már kis nagyítással is jól látható, sűrű fekete gomolyok alakjában találtak spirochaetákat. Sem a májban, sem más szervben nem sikerült spirochaetákat kimutatni. A vese húgycsatornáinak hámszöveti részéről kifejezett necrosis, a sejtekben kevés epepigmenttel.

A májnak heveny sárga sorvadását syphilis képesen igen ritkán észlelik. Az irodalomban kb. 30 oly eset van közölve, hol a májmegbetegedés és a syphilis közti okozati összefüggés nagy valószínűséggel felvehető. A bemutatott esetben a toxinhatás felvételére, melyre a régebbi szerzők is támaszkodnak a májsorvadás magyarázatánál, a spirochaetáknak tömeges jelenléte jogosít fel. (Készítmények bemutatása.)

IX. szakülés 1907. április 13.-án.

Elnök: UDRÁNSZKY LÁSZLÓ

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

1. VERESS FERENCZ dr. előadása: „*Heveny általános mérgezés esete resorcinn külső alkalmazása után*“ címen. (L. Értesítő 67—70. l.)

Hozzászól: JAKABHÁZY ZSIGMOND, BENEL JÁNOS, UDRÁNSZKY LÁSZLÓ.

UDRÁNSZKY LÁSZLÓ tanár figyelmeztet arra, hogy épúgy a resorcinnak, mint másfajta phenoloknak megengedhető maximalis adagját minden esetre illetőleg bajos megállapítani; az egyes egyének ezen vegyületeket nagyon nem egyformán tűrik. A két atomos phenolok mérgező hatására a hydroxyl-csoportok állása bír jelentő-

séggel. A vizelet megvizsgálása rendén nyerhető felvilágosításokra vonatkozásban arra utal, hogy a vizelet sötét színe a mérgezés intenzitásának nem biztos mértéke. A vizeletnek beható chemiai feldolgozására van szükség ahhoz, hogy a vizelet összetételének mennyiségi megváltozásából a felszívódott resorcinnak mennyiségére és a szervezetnek a mérge hatása ellenében védekezésére következtetést vonhassunk. A vizeletnek minőségi megvizsgálása pl. a SELWANOFF-féle reakció segítségével csakis annyit mond, hogy a resorcin felszívódott és bizonyos átalakulások után a kiválasztásokba került.

2. GYERGYAI ÁRPÁD dr. bemutat MAKARA tanár klinikájáról egy 18 éves beteget, kinek $2\frac{1}{2}$ —3 év óta fejlődő kis alma nagyságú *fogcystája* van, mely a jobb maxilla szinte teljes mellső felületét, a kemény szájpadothoz és a jobb orrüreg oldalfalát elődomborítja s a Highmor üregbe is betérjed. A periodontalis cysta a jobb felső metszőfogból indult ki, melynek pulpája trauma következtében elhalt.

3. VÉRESS ELEMÉR dr. előadása: „Optikai tényezők a festőművészeti technikában“ czimmal. (L. Értesítő 59—66. l.)

X. szakülés 1907. április hó 27-én.

Elnök: UDRÁNSZKY LÁSZLÓ.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

1. Dr. KAPPEL I. egy köszvényes beteget mutat be, ki 16 év óta szenved bajában. Az egyes ízületeken lévő elváltozások — kivéve a bal könyökesúcsban látható kis dionyi csomót — inkább idült sokizületi csúz mellett szólnak, a jobb fül hegyén lévő kis csomó megnyitása alkalmával talált babszemnyi fehér krétaporszerű anyag górcső alatt túalakú hígysavas kristályokat mutat s a murexid próbát is kifejezetten adja. Miután hazánkban e kóralak igen ritkán fordul elő, azért tartotta czélszerűnek bemutatni ezt az esetet demonstrálni.

2. GYERGYAI ÁRPÁD dr. 6 hónapos fiút mutat be, kinek mindkét oldali hallószerve rendellenesen fejlődött. A jobb fülkagyló olyan szerű, mintha kettőbe hajlott állapotban összenőtt volna, úgy, hogy a cavitas conchae nagy része is fedett, csak kis rés vezet be az incisura intertragicanak megfelelőleg; a hallójárat gombostűfejnyire szűkült, sondát a tragus legkiállóbb részétől számítva 18 mm.-nyire lehetett belévezetni. Kagylón az anatómiai részek közül csak a lobulus, antitragus és a kissé rendellenes tragus ismerhető fel. Bal hallószerv még sokkal rendellenesebben fejlődött; fülkagyló igen durványos. Meatus bemenetnek, porcizos hallójáratnak semmi nyoma; tapintásnál csontos hallójárat nem érezhető, helyét csontfelület foglalja el.

Intensívebb hangokra a gyermek reagál. Pontosabb hallásvizsgálat a csecsemő kora miatt lehetetlen.

3. KANITZ HENRIK DR. *difteriás bőr- és vulva elváltozások esetét* mutatja be.

4. MAKARA LAJOS tanár:

„*A glandula carotica daganatának esete. Kürtás a közös fejverőér lekötésével s ennek következtében fellépett agylágyulás.*“

A carotis communis elágazási helyén, az edényhüvelyen belül fekszik egy apró, 5—7 mm. hosszú, 2—4 mm. széles mirigyszerű képlet, melynek élettani szerepét ugyan nem ismerjük még, de szövetszerkezete és fejlődése szerint a sympathicus idegrendszerrel látszik vonatkozásban állani. Ezen szervecske *glandula caroticá*-nak, az új boncztoni nomenklatura szerint *glomus caroticumnak* nevezetik. A synonymák közül a paraganlion intercarioticum elnevezés a legáltalóbb (KOHN).

A *glandula caroticá*ból fejlődött daganatot MARCHAND írta le először 1891-ben, azóta többen foglalkoztak irodalmilag a kérdéssel, úgy, hogy a bemutatott eset a 30.-ik az irodalomban.¹

Az ismertetett esetek sokban hasonlítanak egymáshoz, úgy anatómiai elhelyezésüket, mint szövetszerkezetüket illetőleg. A daganatok szövetalkotása a *glandula caroticá*val sok tekintetben homolog. Az ismertetett szövettani képek mindannyian alveolaris alkotásra mutatnak. Ugyanilyen látható a mi esetünkből készült metszeteken, melyeket BUDAY tanár úr volt szíves rendelkezésünkre bocsátani. Ezen szövetalkotásnak megfelelően KAUFMANN és RUPPAUER² ezen daganatokra a „*glandula carotica alveolaris tumorai*“ elnevezést használják.

A *klinikus kép* is sok hasonlóságot mutat. A daganatok rendszerint lassan fejlődtek, legtöbbször a pubertas végén jelentek meg, bár fiatalabb és öregebb egyéneknél is észleltettek. A carotis communis elágazási helyén diónyi egész tejásnyi, mérsékelt tömött daganat képeben jelentkeztek. Ritkán okoztak nagyobb nehézséget, úgy, hogy az eltávolítást a betegek sokszor csak kozmetikai okból kívánták. A műtét előtt ritkán ismerték föl természetüket, hanem vagy lymphomának, vagy járulékos strumának tartották, mint mi is, de egyéb nyaki daganatokkal (lipoma, lymphosarcoma, branchiogen carcinoma) is összetévesztettek.

Bár a daganatok viszonylag jó indulatnak, egyik-másik esetben a rosszindulatú daganatok tulajdonságait is mutatták, mely recidivában, mirigy metastasisban, a daganatszövet beburjánzásában, az edény üregébe nyilvánult.

¹ KEEN és FUNKE 29 eddig leírt esetet ismertetnek. (Journ. of americ. med. assoc. 1906. aug. 8.).

² Deutsche Zeitschr. f. Chir. 80 k.

A műtét legtöbbször nagy nehézséggel járt és a KAUFMANN és RUPPAUER összeállította 18 esetből 13-nál csak a carotis communis lekötése után sikerült a daganatot eltávolítani, máskor a vena jugularist, a vagust, a sympathicust, a hypoglossust kellett a daganattal együtt resekálni. Úgy, hogy az említett 18 operált esetből 4 a műtét folytán meghalt.

Észlelt esetiünk lefolyása fővonásokban a következő: A. J. 18 éves fiú 2 év előtt vette észre, hogy nyaka jobb oldalán mogorónyi esomó van, mely azóta lassan, de folytonosan nőtt. Az utóbbi időben a nyelésnél kellemetlenségeket okozott a daganat, a miért is kívánta daganata eltávolítását. Vizsgálatnál a korának megfelelően fejlett beteg nyaka jobb oldalán a gége magasságában egy gyermekökölnyi, sima felületű daganat tapintható, mely mérsékeltén tömött, oldal irányban elég jól, föl- és lefelé nehezebben mozgatható. A daganat a carotissal együtt lüktet, a nyelési mozgásokat követi; lateralis szélét a sterno-cleido-mastoideus izom fedi. *Gégevizsgálatnál* hangszalag paretikusnak mutatkozik, középpállásban van és fonationál alig mozog. Mi a daganatot járulékos strumának tartottuk.

A műtétet április 12.-én végeztük narcosisban. KOCHER-féle haránt bőrmetszés a daganat legnagyobb domborulatán. A daganat fokja igen vérékeny, számos tágult, kanyargós venával a strumacsomókhoz hasonló. A további kifejtés nehéz. Kellő felszabadtítás után kitűnik, hogy a carotis communis a daganat külső hátsó részletén halad át. A carotis összenyomására a daganat lüktetése megszűnik. A vagus és sympathicus a hátsó falához feküsznek. Az idegek leválasztása akadály nélkül sikerül, de az edényt a daganatból kihámozni nem lehet. Ezért is a carotis comm. kettős lekötés közt átmetszetett, azután a daganat kiemeltetett és a carotis ext. és int.-ről lefogás után lemetszetvén, eltávolítottat.

A beteg a műtétet követő napon elég jól volt, hőmérsék 37.5, a narkosis okozta hányingeren kívül nem volt panasza. Éjjel hirtelen rosszúl lett, a hőmérsék 39.5-re emelkedik. 14.-én reggel a betegnél teljes baloldali hűdést találunk. A bal felső és alsó végtag, valamint a b. o. facialis bénult. A nyelés nehezített. Az öntudat tiszta, de a beteg aluszékony. 15.-én az aluszékonyosság fokozódik, a nyelés mind nehezebb, a légzés d. u. 5 órakor hűgő lesz és este 8-kor beállt a halál. A halál okául a carotis comm. lekötése következtében bekövetkezett agylágyulást vettünk föl. Ezen felvételt a bonczelet igazolta. A *jegyzőkönyv* szerint (VESZPRÉMI dr.) „A koponya részarányos, fala vékony, szivacsos. A hosszanti übölben kevés, laza véralvadék. Kemény burok jól leválik, belső felülete sima. Lágymurkók vérdúsak, szederjések. Az agy alapján a két oldali carotis tágassága között különbség nem vehető észre. A circulus arteriosus, valamint a basilarissal való összefüggés a szo-

kott viszonyokat tünteti föl. A j. o. art. fossae Sylvii 3 cm. hosszban hengerded, tömöttebb, fekete-vörös véralvadékkal kitöltött, a mely valamennyire az edény falához is tapad. A bal oldali sötét-vörös híg vért tartalmaz. Az oldalgyomrocsokban kevés tiszta savó.

Jobb oldalon az agyalapi dúczok állománya már az oldalgyomrocs megnyitásánál szinte magától mállik szét, teljesen ellágyult és pedig igen nagy kiterjedésben, a mennyiben, kivéve a corpus striatum legmellső részét, a j. o. agyalapi dúczok egész kiterjedésben fehéres lágy, csaknem pépszerű anyaggá változtak, az ependima alatt közvetlenül halvány rózsaszínű árnyalattal. A lágyulás még a centrum semiovale szomszédos részére is áttérjed.

A plexus chorioideus szederjes. Az agy többi részében eltérés nem található.

A szív valamivel nagyobb, a bal gyomrocs vaskosabb. A tüdőben hypostasisos tünetek.

A keményített *daganat* tojásdad, síma felületű, rostos burokkal fedett, hossza 4, szélessége 3, vastagsága 3·2 cm. A daganat kis részletével a carot. int. és ext. közé tolakodik, azokat szétteríti; a carot. comm. 1 cm.-nyi a car. ext. és int. 2—2 centimnyi részlete a daganat hátsó falával szorosan összefügg, a daganatba részben bemélyednek, különösen a carotis ext. egy része a daganat által képezett árokban fekszik. Az oszlás helyéről a daganatba egy jelentékenyebb (a. lingualis vastagságú) verőér megy, a mint ez a fölmetezett carotis belső színe felől látható. A daganat metszészlapja elég egynemű, szemcsézettség nélkül. A szürkés alapszövetben szabálytalanul elszórva pirosas, vérdúsabb területek, e mellett számos véredényrés láthatók.

Górcsői vizsgálatnál rostos kötőszöveti stromától határolt szabályos, részben sokszögű területek láthatók, melyek mirigy alveolusokra emlékeztetnek. Ezen alveolusok nagy, hólyagszerű maggal bíró sejtekkel vannak kitöltve. A stromában néhol elég tág véreerek, másutt vérzések s barna pigmentum láthatók. Ezen górcsői kép teljesen megfelel a MÖNCKEBERG,¹ valamint a KAUFMANN és RUPPAUER által leírt leleteknek, a glandula carotica alveolaris tumorai szöveti szerkezetének.

A glandula carotica daganatai kiirtásánál prognosis szempontjából a carotis comm. esetleg szükségessé váló lekötése jön első sorban számba. A carotis comm. lekötése ma is a veszedelmes és előre meg nem határozható kimenetelű műtétek sorába tartozik. Mert, ha az újabb statistikák jobb arányszámokat is mutatnak föl, mint a régiek, még mindig azt találjuk, hogy az esetek 25—26%-

¹ Beiträge zur path. Anat. u. z. allg. Pathologie. 38, k.

ban agytünetek mutatkoznak a lekötés után, és az operáltak 11^o/_o-a agylágyulásban hal meg.

Ezen agylágyulás vagy a fehér, ischaemiás lágyulás képében jelentkezik, vagy a sárga és vörös haemorrhagiás lágyulás alakjában. Az első trombosiss vagy embolia következménye, az utóbbinál a gyengült ütőeres véráram mellett stasis, capillaris vérzés és transsudatio támad s ez okozza a lágyulást. Az utóbbi a gyakoribb. Esetünkben ischaemiás, fehér agylágyulás támadt, melyet minden valószínűség szerint az art. fossae Sylvii trombosisa okozott.

Hozzászól BUDAY KÁLMÁN tanár és UDRÁNSZKY LÁSZLÓ tanár.

UDRÁNSZKY LÁSZLÓ tanár hangsúlyozni kívánja, hogy mai ismereteink nyomán a glomus caroticum, glandula carotica vagy paraganglion intercaroticum elnevezés nem czélszerű, mert ezen szervnek nemcsak szövettani szerkezete vitás még, de működése felől sem vagyunk kellőleg tájékozva. A mint az anatómiai társaság baseli gyűlésén megállapított új anatómiai nomenclatura, a gland. pinealis név helyébe a corpus pineale nevet léptette, az úgynevezett glomus caroticumot is jobb volna corpus intercaroticumnak, vagy nodus intercaroticusnak nevezni mindaddig, míg szövettani szerkezetének és élettani rendeltetésének teljes megismerése alapján az, a neki valóban megfelelő nevet nyerheti.

5. VESZPRÉMI DEZSŐ magántanár leukaemiás lép készítményét mutatja be.

XI. szakülés 1907. május hó 4.-én

Elnök: UDRÁNSZKY LÁSZLÓ.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

1. HEGYI MÓZES dr. *poriomania* esetet mutat be. T. J. 10 éves, 4. elemi o. tanuló családjában apai ágon az ascendentiaokban gutaütéses halál ismételten fordult elő. Anyja 4 napi vajudás után szülte meg. Csecsemő korában súlyos angol kórban és eclampsziában szenvedett. 4 éves koráig difteritist, scárlátot és himlőt állott ki. Pajkos, szófogadatlan volt mindig. Dorgálás és testi fenytés nem fogott rajta. 7 éves koráig minden éjjel ágyba vizelt, azóta hetenként, hónaponként. Éjjelenként kiabált, néha fuldoklásai voltak. Otthon állítólag gyakran orsó-féreg távozott el tőle. E mellett osztályában a jobb tanulók közé tartozott. Februárius havában szülei 10 koronával a postára küldték s a helyett, hogy a pénzt feladta volna, a vasúti állomásra ment s egy I-ső osztályú jegyet váltott Nagyváradig, oda érve rokonaihoz szállt. Április havában egyik gyerektársának ládájából 28 koronát lopott és I. osztályú jegyet váltva, Pestre utazott. Később az anyja táskájából 20 koronát vett ki s ezzel részben

csizmát és szuronyos gyerek-puskát vásárolt és Pestre indult, de nem itt helyben, hanem valamelyik távolabbi vasúti állomásnál akart jegyet váltani. Útközben csendőrökkel találkozott, a kik a közelebbi faluig magukkal vitték és itt intézkedtek, hogy egy kíséreléssel Kolozsvárra a szüleihez vissza kerüljön. A gyerekek ezen tényei miatt hozták szülei klinikánkra.

Degenerált, rachitises koponya, széles orrgyök, rövid orr, magas felső-ajak, rendetlenül nőtt fogazat, szélesen fekvő szemek ötlenek elő. Ismeretei eddigi tanulmányának mérten kielégítők. Indokolni utazásait nem tudja, csupán azt feleli, hogy vágya ébredt. Az utazás körülményeire emlékszik. Megbánást nem tanúsít.

Lehetne gondolni egy epileptoid állapotra, azonban az éjjeli kiabáláson, ágybavizelésen kívül mi sem szól mellette. Epilepsziás rohamot nála nem észleltünk s mivel utazásaira s annak részleteire is emlékszik, annál kevésbé vehető fel epileptoid állapot.

Hysteriás tünetek hiánya folytán a hysteria is kizárható, úgy, hogy itt a degeneratio alapján fennálló erkölesi debilitásról lehet szó, a melynek alapján poriomania, elepto- vagy pyromania gyakran szokott impulsiós módon fellépni. Helye elmegyógyintézetben nincs, javító intézetbe sem való, hanem gyógypedagógiai nevelő-és foglalkoztatóintézetbe helyezendő el.

2. Potoczky Dezső dr. *Trypanosoma* készítményeket mutat be. A Trypanosomákat, mint közömbös vérparazitákat, már meglehetősen régen ismerjük. Először CHAUSSAT (1850) találta emlős állatnál és pedig patkány vérében, de ő Nematodák egyik stadiumának tartotta. KENT 1880-ban már le is írta, mint Flagellatumokat, Herpetomonas Lewissi néven. A Trypanosoma nevet GRUBY adta nekik. Békánál pedig már régebben is ismerték.

A Trypanosomák a Flagellatumok osztályába tartoznak. Alakjuk többnyire orsóalakú, a test egyik végén hosszú ostor van. A test két maggal bír, a nagyobb, a tulajdonképpeni sejtmag, a közepben fekszik, hosszúkás, élő állapotban erősen fénytörő, specialis festéssel metachromaticusan festődik, azaz methylenkék-eosin festésnél ibolyás-vörös színt vesz fel. Az ostornélküli végen van egy második, kisebb mag, mely sötétebb ibolyásra szokott festődni. A két mag egymással finom chromatin-fonállal van összekötve.

A nagy mag, a melyet test mának nevezhetünk, igen nehezen kimutatható szerkezettel bír, közepén 8 segmentumból álló chromatina rög foglal helyet. Azonkívül van a parazitának unduláló hártájaja, mely az orsóalakú test hosszában fut végig; szabad széle vastagabb, Giemsa-festésnél élénk vöröses-ibolyás színre festődik és az ú. n. blepharoplastból, a kisebb magból indul ki, a test másik végén pedig átmege az ostorba. Élő állapotban az unduláló hártaja igen jól látható, úgyszintén jól sikerült festésnél is. A protoplasma

methylenkék-eosin festésnél kékes színt nyer, mely sokszor különböző árnyalatú. Gyakran szemcsék, granulomok is találhatóak a plasmában, mit némelyek már involúciónak tartanak.

Biologiai tekintetben ugyan meglehetősen sokat tudunk róluk, de néhány részlet még homályos. A parazita csaknem kizárólag a vér folyékony részében él, csak kevés kivétel van ez alul (pl. a Kala-Azar trypanosomaszerű parazitája a lép pulpasejtjeiben, vagy a tryp. Gambiense, az emberi trypanosoma, a gerinczagi folyadékban stb.). A mozgásnál az ostoros véggel mozog előre, mások szerint az ostor a test hátsó végén van. A vérben az előbb leírt alakot találjuk leggyakrabban, de néha lehet involutios alakokat, vagy elpusztult parazitákat is találni. Hullavérben a parazita elég sokáig él, de aztán kezdetét veszi az elhalás, a mi 6—8 óra múlva áll be, ha a hulla meleg helyen áll, hamarabb is. Ilyenkor felduzzad a trypanosoma, majd gömbszerűvé válik, az ostor leszakad.

Egy trypanosoma faj, a trypanosoma flemanni, mely az Athene nocturna vérében él, kétféle alakban kering a vérben, egy tryp. alakban, a mely aztán időszakonként átmegy egy második, ú. n. pihenő alakba, mely spirochaetaszerű és egy vörös vértesthez tapadva kering a vérben egy ideig, hogy aztán ismét trypanosomává alakuljon át.

A vérben kizárólag ivartalan úton, még pedig hosszanti oszlás útján szaporodik. A sejttest vastagabb lesz, a protoplasma megszorodik, aztán kezdődik az oszlás. Először a blepharoplast, aztán a mag, majd az egész sejttest válik kétfelé, legvégül oszlik az ostor. Néha lehet festett készítményben ilyen, már csak az ostorral összefüggő alakokat látni. Kivételesen többfelé is oszlik, pl. a trypanosoma Lewisii egész rosettákat is képez.

Hogy ivaros úton szaporodik-e, mint pl. a malaria parazita, még nem tekinthetjük biztosnak. Koch Róbert vizsgálatai szerint a Tsetse légy, a Glossina palpalis és Gl. morsitans gyomrában 3 féle alak volna található, egy vékonyabb, sötét plasmájú, a him, egy vaskos, igen világos plasmájú, a nőtény és a rendes, a vérben előfordulóval megegyező indifferens alak. A him és nőtény itten copulálva, a nőtény sporozoonokat produkál, a melyek a szúrás alkalmával a vérbe jutva, rendes trypanosomákká fejlődnek. De ez az észlelet más oldalról megerősítést nem nyert. A Tr. Lewisiinél a patkány bolhája csak mint egyszerű átvívó szerepel.

Most már nagyon sokféle trypanosoma faj lett ismeretes, melyek közül első sorban a tryp. GAMBIENSE-t említem meg, mely az emberi trypanosomiasist és ennek egyik alakját, az ú. n. Ugandai álmokórságot idézi elő. Aztán a Tryp. BRUCI-t, mely a Naganat, a tryp. EVANSI-t, mely az előbbihez igen hasonló SURRA-t, mindkettőt a ló és marhaféléknél idézi elő. Aztán a tryp. equiperdum, mely a

tenyészbénaságot idézi elő, melyet remélhetőleg szintén bemutathatók egy más alkalommal, végül a nálunk is előforduló, úgylehet nem betegségokozó patkány-trypanosomát, a tryp. Lewisit.

A trypanosomák közül most a tryp. BRUCEI-t mutathatom be, a mely az ú. n. Nagana betegséget okozza, a mely Afrika déli részein a lóféléket, marhaféléket támadja meg. Az infectio többnyire halálos. A parásita, az ú. n. Tsetse légy, a Glossina palpalis és gl. morsitans szúrása által jut a vérbe. Klinikailag a betegség lefolyása a következő: Az állat igen lefogy, ámbár a táplálék-felvétel nem igen szenved változást. Az ereje is igen csökken, a mi a gyors kifáradásban és apathiában nyilvánul. Később oedemák lépnek fel a végtagokon, hason, genitáliákon, végül az állat annyira elgyengül, hogy állani sem képes. Érdekes, hogy a táplálkozás ekkor is csaknem normalis. A halál aztán teljes kimerülés tünetei közt áll be, de néha hirtelen következik be. A betegség igen különböző időtartamú. Néha igen akut, míg máskor hónapokig, félévig is eltarthat.

Az állat többnyire lázas, a láz remittáló jellegű, anaemiás, a vörös vértetek száma egészen 2,000.000-ig csökkenhet, a haemoglobin pedig 25%-ig is leszáll. Kis leukocytosis szokott fellépni. A vizelet többnyire fehérje mentes.

Az előbb említett állatokon kívül még inficiálhatók a juh, kecske, sertés, kutya, házi nyúl, egér stb.

A parásitákat kísérletezések céljára rendszeren fehér egérben, fehér patkányban, nyúlban vagy tengeri malaczbán szoktuk tartani. A tengeri malacz igen ellenálló, hónapokig elél az infectióval, sőt néha teljesen eltűnik a vérből a parásita. Kevésbé ellenálló a házi nyúl, a mely rendszeren elpusztul az infectióban, ámbár szintén élhet 2—3 hónapig is. Általában a nagy állatok vérében meglehetősen kevés a trypanosoma, úgy, hogy csak pontos kereséssel sikerül kimutatni, néha csak centrifugált vérben, néha pedig csak oltásokkal.

Kutyánál igen hevenyen szokott lefolyni a betegség, 8—10 nap alatt, teljes lesoványodás, magas lázak kíséretében. A vérben itt is kevés a parásiták száma.

Patkány 8—10 napig, néha 14 napig is élél, itt azonban óriási számú trypanosoma lehet jelen a vérben, néha csaknem anny, mint vörös vértet. Még jobban lehet ezt egérnél tapasztalni, mely 4—6 nap alatt pusztul el, itt a parásita még számosabb lehet.

A kísérleti oltásoknál az eljárás elég egyszerű. A fertőzött állat véreből pár cseppet physiologiai konyhasó-oldattal felhígítunk és azt vagy bőr alá, vagy hasüregbe, néha, pl. nyúlánál viszerbe fecskendjük. Egérnél már 24 óra múlva könnyen lehet a vérben parásitákat találni, nyúlánál 6—7 nap szokott az incubatio lenni. Az egér, patkány, nyúl, kutya egész a haláláig többnyire élénk, táplálkozik és a halál hirtelen áll be. Hogy mi a halál ok ilyenkor,

még vitás, felveszik az agyi kapillarisok eltömését, embóliáját, a mit összeacsapódott trypanosomák okoznának, de ezt szövettanilag kimutatni eddig még nem tudták. Az egéرنél csak annyi toxicus hatás tűnik fel, hogy kissé lázasabb, mint lenni szokott és néha utolsó nap erős hepatitis lép fel.

Próbálták a trypanosomákat mesterségesen is tenyészteni, a mi nyúlvér és agarkeverék condensvizében néha sikerül, a hol a trypanosomák szaporodnak és hetekig életben maradnak és virulentiájukat is megtartják.

3. ELFER ALADÁR dr. előadása: „*A Röntgen-fény jelentősége a fehérvérűségnél.*“ (Megjelent: Orvosi Hetilap 33. és következő számaiban.)

XII. szakülés 1907 május hó II-én.

Elnök: UDRÁNSZKY LÁSZLÓ.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. FÉLEGYHÁZI ERNŐ dr. a sebészeti klinikáról két esetet mutat be:

1. *Két oldali emlő hypertrophia*, mely ritkaságánál fogva is érdemes a bemutatásra. SCHÜSSLER, ki e kérdéssel foglalkozott, 1892-ben az irodalomból összesen 14 két oldali valódi hypertrophiáról tesz említést. Ezek közül 10-nél a pubertas idejében lépett fel a menstruatio jelentkezése után; 1 esetben 12 éves korban két évvel a menstruatio előtt; 3 esetben az első graviditas idején. Csak egy eset volt, egy 25 éves virgo esete, a hol a két előbb említett momentum nem szerepelt. Az általa közölt legnagyobb eset a jelenleg bemutatottnál jóval kisebb volt, a mennyiben a bal emlő, a mely nagyobb volt sem ért le a köldökig. Szülés után jelentékenyen megnagyobbodtak az emlők, egy évre rá pedig önként jelentékenyen megkisebbedtek. A nő nagyon lesoványodott.

A kolozsvári sebészeti klinikára felvett eset leírása a következő: R. M. 23 éves g. kath. napszámos leány Indal-ról (Torda-Aranyosmegye.) azon panaszzsal jött be a klinikára, hogy 4 hónap óta mindkét emlője rohamosan nő s ez őt foglalkozásában nagyon akadályozza és gátolja. Emlői ezelőtt is nagyobbak voltak (különösen a jobb oldali) jóval nagyobb, mint anyjái és nővéréé, de rohamosan csak terhességének kezdete óta nő. Havi baja 20 éves korában jelentkezett először, mely azóta rendszeren ismétlődött 2—3 napi tartással. Először terhes, terhességének IV. hónapjában van. Családjában vagy rokonai között az övéhez hasonló bántalom nem fordult elő, valamint más végtagoknak vagy szerveknek a megnagyobbodása sem.

Gyengén fejlett, meglehetősen lesoványodott nő, bőr színe általában halvány, jobb arczfélen chloasma, bokák körül és jobb alszáron mérsékelt fokú vizenyő. Belső szervek eltérést nem mutatnak; hőmérsék, érverés, légzés rendes.

Mindkét emlő, de különösen a jobb, erősen megnagyobbodott, a bőrön tágult visszérhálózat tűnik át. Álló helyzetben a jobb emlő a symphysisig lóg le, a bal nem ér le odáig. Bal emlő a III. borda alsó szélétől a bimbóig, mely az emlő legalsó pontján van, 37 cm. hosszú, 33 cm. széles, 12 cm. vastag, (kerülete 60 cm.) a jobb emlő a III. b. alsó szélétől a bimbóig 45 cm. hosszú, 34 cm. széles, 13 cm. vastag (kerülete 60 cm), a jobb emlő a III. b. alsó szélétől a bimbóig 45 cm. hosszú, 34 cm. széles, 13 cm. vastag, (kerületben 62 cm.). Emlők egyenletesen vannak megnagyobbodva. Általában petyhüdtek, puha tapintatúak, nyomásra nem fájdalmasak; a megnagyobbodott mirigyek ceruza vagy kis-újj vastagságú kötegek alakjában érezhetők ki. Bimbók szintén nagyobbak, de elmosódtak, koronányi területen lapos-dudorosan emelkednek ki, nyomásra belőlük váladék nem szorítható ki. Környékük 2—3 ujjnyi szélességben barnásan festenyzett. Has a köldökön alul mérsékeltén elődomborodott, a bőr rajta síma, feszes, köldök körül gyenge festenyzettség látható. Méh-fenek a köldök magasságában tapintható, magzat-részek érezhetők (a nő állítólag mozgásokat is érzett) magzat szív-hangjai nem hallhatók tisztán. A méh-fenek magasságából ítélve a terhesség kb. a IV. hónapnak felel meg.

A nyugvó emlő ilyen egyenletes óriási megnagyobbodása rendes szerkezetének teljes megtartása mellett, rendszerint a serdülő korban vagy az első terhesség alkalmával szokott fellépni. Egy-egy emlő akár 7 kgr.-a is megnőhet, a közérzet minden zavara nélkül. Rendkívüli nagyság általában ritka, míg kisebb megnagyobbodása az emlőknek gyakrabban észlelhető. A jó indulatú hypertrophia vagy hyperplasia mindkét emlőre vonatkozik többé-kevésbé megfelelő összetételben, mely úgy a bőrre, mint a kötőszövetre, valamint a bőr alatti és intraacinosus zsírszövetre vagy a mirigy állományra vonatkozhatik.

Kóroktana homályos; veleszületett hajlamot, traumát, előrement emlőgyulladás vettek gyanúba.

Az ilyen fajta emlő a terhesség alatt fejlődésének egy bizonyos fokán meg is állhat, de a szülés után a tejelválasztás megindultával ismét növekedésnek indulhat. Ha a hypertrophia az emlő mirigy állományára is vonatkozik, akkor az ilyen emlő óriási mennyiségű tejet képes elválasztani, de a szoptatás megvonásával jelentékenyen megkisebbedhetik. A szövetszaporodás eme localisatiója mellett a test egyéb szerveiben lesoványodás szokott fellépni.

Elkülönítő kórisménél számba jöhet valamelyes daganat (beszű-

ródott fibroma vagy fibroadenoma), de ez többnyire féoldalali. Retromammalis lipoma vagy a zsírszövetnek hyperplasiája szintén utánozhatja az emlő túltengését, de ezek ilyen nagy fokot nem érnek el.

Gyógykezelését illetőleg megkísérelték a jód külső és belső használatát, thyreoidea készítmények adagolását, melyek a mirigyek szervek atrophiját czélozzák. Ajánlották továbbá a fájdalmasan megnagyobbodott emlőknek a megrögzítését (mastopexia). Adott esetben terhesség mellett más szerveknek nagyobb fokú lesoványodása miatt indicált lehet a művi abortus. Bár ez az indicatio kevésbé jogosult, sokkal jogosultabb a szoptatás mellőzése az emlő visszafejlődésének elősegítése céljából. A nő munkaképességét csökkentő vagy gátló esetben jöhet szóba végül az amputatio.

Jelen esetünkben be fogjuk várni a terhesség végét és ha szülés után a szoptatás megvonásával az emlők visszafejlődése nem következik be, amputálni fogjuk az emlőket.

2. *Actinomyces colli* esete. P. J. 26 éves g. kath. napszámos f. é. április hó 6.-án vétette föl magát a sebészeti klinikára. Felvételekor előadja, hogy kb. fél évvel ezelőtt a nyak bal oldalán diónyi daganata támadt, mely két hónap mulva kifakadt és sok véres geny folyt ki belőle. Ez időtől fogva nyaka e helyen kékes színű lett, megdagadt s a kékes színeződés tovább terjedt le- és felfelé a nyak körül. Együttal több helyen apró fekélyes úrjáratok képződtek, melyekből állandóan részben sűrű, részben híg, kocsonyás, genyes-véres váladék ürül. Beteg eddig sohasem volt, venereás bántalomban nem szenvedett.

Jelen állapot felvételekor, a nyak elülső részét csaknem teljesen elfoglaló, sőt bal oldalt fültől le a kulcs-csontig és a mellkas felső részén a III. bordáig terjedő sötét kékesen elszíneződött, elmosódott határu fluctuáló terime megnagyobbodásból, melyet többhelyen fistulás járatok fúrtak keresztül, mindjárt actinomycosisnak a gyanuja merült fel. A borsó, mogorónyi, helyenként túlsarjadzott szélű sipolynyílásokból részint sűrű túrószerű, részint hígabb, kocsonyás, genyes, kén-sárga szemecéket tartalmazó váladék ürült ki, a szemcsék göreső alatt sugárgomba telepeknek bizonyultak.

Az illető fejét mereven előre szegezve tartja, emi csak nehezen tud, mivel alsó állkapcsa mozgatóskor nagyon fájdalmas. Fogai teljesen épek, tonsillák szintén, gégetükri lelet is normalis. Hőmérséke 38·2—38·6° C között ingadozik.

A gyógykezelés a tályogok felnyitásában és a szemecés szétcsett sarjszövet kikaparásában állott. Belsőleg 5%-os jódkáliit szed naponta 3 kanállal, sebeit Lugol-oldatos kötéssel látják el.

Ezt az esetet bemutató egyfelől localisatiója és nagy kiterjedése, másfelől azért tartotta érdemesnek a bemutatásra, hogy a

t. Szakosztály figyelmét újra felhívja Kolozsvár vidékén az actinomycosis megbetegedés gyakoriságára.

1.-höz hozzászól: GÓTH LAJOS dr.

II. GÉBER JÁNOS dr.: *bromexanthema* esetet mutat be.

III. PÉTERFI TIBOR dr. előadása: „Az óriási sejtekről.”

Hozzászól: ELFER ALADÁR dr.

XIII. szakülés 1907 május hó 25.-én.

Elnök: PURJESZ ZSIGMOND.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

1. ELFER ALADÁR *stenosis mitralis*-nak bal oldali recurrens bénulással párosult eset bonczleletéről referál.

2. BUDAY KÁLMÁN: *A gyomor verőereinek sclerosisa*. Az arterio-sclerosis változatos localisatioi közül újabban kezd reáterelődni a figyelem azon alakra, a melynél a tüneteket különösen a hasi zsigerek verőereinek megbetegedése idézi elő. Ezen u. n. angina abdominalis még tünettanilag sincs eléggé tisztázva, még kevesebb aránylag a boncztani és szövettani vizsgálattal megerősített eset. Az előadó által bonczolt esetben egy 44 éves férfinél a gyomor verőereinek nagyfokú sclerosisát lehetett megállapítani; az erek erősen kanyargós lefutásuak voltak, faluk tetemesen megvastagodott és nagy kiterjedésben elmeszesedett még a submucosa érhálózatában is. A szöveti vizsgálat is a gyomorfal ereire nézve nagyfokú intima vastagodást és elfajulást állapított meg, míg az aorta és a legtöbb más nagy verőér sclerosisa csekély fokú volt. A halál gyomorvérzésben állott be, a melynek okát szintén a gyomor verőereinek sclerosisában kellett keresni, mert sem a gyomorban, sem egyebütt olyan egyéb kóros elváltozás nem találtatott, a mely a gyomorvérzésre magyarázatot nyújtott volna.

3. DEMETER GYÖRGY: „*Mennyiben lehet a csontok fejlődéséből az életkorra következtetni*” című előadását kezdi meg. Röntgensugarakkal való átvilágítással élő egyéneknél vizsgálta a csontok fejlődését, különösen a könyökizület és kézcsontok epiphysiseiben a csontmagvak felleptét és további növekedését.

Mielőtt az így nyert adatokról az életkort illetőleg beszámolna, a könyökizület képzésében résztvevő csontok fejlődését vázolja. E csontok fokozatos növekedését vetített Röntgen-képekben mutatja be.

Az Erdélyi Múzeum-Egyesület új alapszabályainak kivonata.

1. §. Az egyesület célja és eszközei. Az egyesület célja a 1841/3. évi Erdélyi Országgyűlésen elhatározott és 1859-ben Kolozsvárt megalapított Erdélyi Nemzeti Múzeum főtartása, tovább fejlesztése, gyűjteményeinek tudományos földolgozása, a tudományok művelése, a honismeretnek és általában a magyar tudományosságnak előmozdítása.

3. §. Az E. M. E. tudományos eszközei: szakosztályok és gyűjtemények.

A szakosztályok a következők:

Bölcsészet-, nyelv- és történettudományi-,

Természettudományi-,

Orvostudományi szakosztályok.

6. §. Céljainak megvalósítására az egyesület:

1. szakosztályi üléseket tart;

2. a szakosztályok munkálatait folyóirataiban kiadja;

3. tárait a nagyközönség számára meghatározott módon, bizonyos napokon díjtalanul, megnyitja;

4. táraiban időnként magyarázó előadásokat tart;

5. a tárakat illető tudományszakokból népszerűsítő és szakelőadásokról gondoskodik;

6. a tárakban folyó tudományos munkásság eredményeit időhöz nem kötött kiadványokban közlésezi;

7. vándorgyűléseket;

8. különleges, időszaki kiállításokat rendez;

9. évkönyvet ad ki;

10. arra rendelt alapítványokból pályadíjakat tűz ki.

10. §. Az egyesület tagjai. Az egyesület tagja lehet minden tisztességes honpolgár, férfi és nő, a 11—18 §-ban meghatározott feltételek alatt. A főlvéltelt a jelentkezés vagy ajánlás alapján a választmány határozza el.

12. §. Az egyesületnek igazgató, alapító, rendes és pártoló tagjai vannak.

13. §. Igazgató tagok azok, kik az egyesületnek legalább 1000 koronát, avagy a Múzeumba fölvehető ennyi értékű tárgyat adományoznak

Az igazgató tagok, mind a magán, mind a jogi személyek, az egyesület választmányának tagjai és a rendes tagok összes jogait élvezik.

14. Alapító tagok azok, kik az egyesületnek legalább 200 koronát, vagy a Múzeumba felvehető ennyi értékű tárgyat adományoznak.

Az alapító tagok a rendes tagok összes jogait élvezik.

16. §. Rendes tagok azok, a kik kötelezik magukat, hogy öt éven át tagsági díj fejében évenként 8 koronát fizetnek.

Minden rendes tagnak választania kell a 3. §-ban felsorolt szakosztályok közül, ha valamelyik szakosztálynak működésében részt kíván venni.

A tagdíj az év első negyedében fizetendő.

17. §. Pártoló tagok azok, a kik kötelezik magukat, hogy három éven át évi 4 koronát fizetnek.

54. §. A tagok jogai és kötelezései. Az igazgató tagok az alapító- és a rendes tagoknak összes jogait élvezik és azonfelül tagjai a választmánynak. Az alapító- és a rendes tagok egyforma jogokat élveznek.

55. §. A rendes tagok jogai a következők:

- a) szavaznak a közgyűléseken;
- b) indítványokat tehetnek; de azok érvényes határozat hozatala előtt a választmányban tárgyalandók;
- c) választanak és választhatók; csupán az elnöki és két alelnöki állásra nem választható más, mint igazgató vagy alapító tag;
- d) díjtalanul kapják az egyesületnek általános természetű és népszerű kiadványait;
- e) díjtalanul látogathatják az Erdélyi Múzeum tárait, valamint az egyesülettől rendezett időszakos kiállításokat;
- f) díjtalanul vehetnek részt az egyesület vándorgyűlésein és minden általa rendezett népszerű és tudományos előadáson;
- g) díjtalanul vehetnek részt a szakosztályok felolvasó ülésein;
- h) résztvehetnek ama szakosztály működésében, a melybe a 16. §. szerint belettek s annak kiadványait díjtalanul, a többi szakosztály kiadványait pedig kedvezményesen kapják.

56. §. A pártoló tagok jogai a következők:

- a) díjtalanul látogathatják az Erdélyi Múzeum tárait, valamint az egyesülettől rendezett időszakos kiállításokat;
 - b) díjtalanul kapják az egyesület évkönyveit és a népszerű előadások füzetait;
 - c) díjtalanul vehetnek részt az egyesület vándorgyűlésein, valamint minden általa rendezett népszerű tudományos előadáson;
 - d) évi 2 koronával előfizethetnek egy-egy szakosztály kiadványára.
-