

## Jegyzőkönyvek

az „Erdélyi Múzeum-Egyesület“ orvostudományi szakosztályának szaküléseiről.

I. szakülés 1910 januárius hó 15.-én.

Elnök : PURJESZ ZSIGMOND.

Jegyző : KONRÁDI DÁNIEL.

DEMETER GYÖRGY: A 6:35 mmes Browning-pisztollyal okozott sérüléseknek törvényszéki orvosi jelentőségéről tart előadást. Kísérletei során azokra a jelenségekre terjeszkedett ki főként, a melyekből egyrészt ezen fegyvernek a sérülés előidézésénél való használása, másrészt a használás módja, a lövés távolsága és iránya meghatározható. A fegyver hatásának tanulmányozásánál közvetlen közelből indulva ki, egészen 100 lépés távolságig haladt. Felemlíti ezen aránylag kis kaliberű fegyver nagy átütő képességét. Vetített képeken mutatja be a golyó hatását a bőrön, készítményeken pedig az egyes szövetek és szervek sérüléseit.

Kísérletei alapján a gyakorlatban értékesíthető alábbi következtetéseket vonja le:

I. Arra, hogy a sértés előidézőjeként tényleg Browning-pisztoly szerepelt, legbiztosabban a feltalált golyóból következtethetünk.

Gyanakodhatunk a 6:35 mmes Browning-pisztoly szereplésére:

1. ha a bőrön levő bemeneti nyílás 5 mmnél nem nagyobb. (7 mmnél kisebb kaliberű revolver nálunk nem igen fordul elő, ezek bemeneti nyílása pedig többnyire 5 mmnél nagyobb. Mint 7 mmnél kisebb kaliberű fegyverek szerepelhetnek Flaubert puskák, vagy kisebb pisztolyok, esetleg serétlövésnek eltévedt szeme okozhat kisebb bemeneti nyílást);

2. ha azok szélein ajakszerű horzsolást találunk;

3. ha a környezetet borító füstesapadék vékony rétegű, nem fekete, inkább szürkés;

4. ha a bemeneti nyílás körül a robbanó anyag el nem égett sárga, áttetsző szemcséit találjuk fel. (A használatos revolverek töltényeiben csak fekete lőpor van, kevés füstű lőport nem használnak);

5. ha közelből történő lövésnél a ruhán, bőrön, hajszálakon égés kifejezett nyomai nincsenek ;

6. ha a csontokon levő sérülés a szóban forgó fegyver golyójának átmérőjénél alig nagyobb ;

7. ha némileg ferde irányú lövéseknél a lövés irányával ellentétes esontszél külső kérgén esorbulások vannak.

II. Ha meg van állapítva, hogy a sértést Browning-pisztoly okozta, a lövés távolságát a bőrön levő bemeneti nyílás és környéke fogja elárulni :

1. odaszorított fegyverből történő lövésnél a bemeneti nyílás átmérője 7 mm-nél nagyobb, esetleg alávájolt, a golyót követő hatá nyok a bőr alatt érvényesülnek, üreget találunk a bőr alatti laza szövetben, a melynek falzatát füstesapadék és a robbanó anyag szemesei borítják, a környező izomzatban pedig C O hatása észlelhető ;

2. 5 cm. távolságig a bemeneti nyílás környékét vastagabb rétegű füstesapadék borítja és a robbanó anyag sűrűn beékelődött szemesei látszanak ;

3. 5 cm. távolságon túl a füstesapadék mind vékonyabb rétegű lesz, kevesebb lőporszemese ékelődik a bőrbe és szóródási körük fokozatosan nő ;

4. a füst nyomait 15 cm. távolságig észlelhetjük ;

5. a lőporszemések beékelődése a bőrbe 30 cm. távolságon túl megszűnik ;

6. nagyobb távolságnál már nehezebb a meghatározás. Még leginkább felhasználhatjuk a horzsolási gyűrű szélesedését, csontoknál a repedések, szilánkképződések fokát.

III. A lövés irányára enged következtetést :

1. a bemeneti nyílás alakja, főként a széleken levő horzsolás ;

2. a csonton levő bemeneti nyílás szélein levő kéregesorbák ;

3. természetesen a golyó feltalálási helye, illetőleg a lőcsatorna lefutása.

IV. Deviatio a Browning lövés nagy erejénél fogva ritka. Minthogy a belső részek sérülései igen kis kiterjedésűek lehetnek, a golyó feltalálása nehéz, kellő gondossággal azonban sikerül. (Lépésről-lépésre haladó kutatással azonban mindig sikerül. Kísérleteinél az összes golyókat mindig megtalálta, daczára annak, hogy a vér beszűrődések hiánya a tájékozódást nehezítette.)

V. Nagy gyorsasága és átitó képessége mellett a Browning-golyó igen súlyos sértések előidézésére alkalmas, hogy ha azonban a kezdeti veszély elmúlt, aránylag inkább várható kedvező lefolyás, mert a golyó kevésbé viszen magával ruhacsafatokat s a talált szerkeket kevésbé roncsolja.

*Hozzászól* SÁNDOR ISTVÁN.

Miként az előadó úr kiemelte, az utóbbi években a Browning-

revolver viselése nagyon elterjedt és manapság igen sokan a zsebükben hordják, mert állítólag igen pontos precíz elzárókészülékük van, mely a pisztoly véletlen elsülését kizárja. Ámde mégis előfordúlnak véletlen szerencsétlenségek. Így pl. ama 25 éves fiatalember, kit hozzászóló múlt év novemberében a sebészeti klinikán észlelt, akként sérült, hogy a midőn az ágy szélén ült este lefekvéskor, nadrágját a székre dobta, a midőn is a nadrág hátsó zsebéből a Browning kiesett és bár állítólag el volt zárva, elsült. A golyó a jobb tuberositas tibiae mellett hatolt a tibiába. Térdizületében nagy fájdalmak léptek fel, miért is másnap a sebészeti klinikára véteti fel magát, hol a golyót a térdizületben annak hátsó külső felében találták. A golyót, pontos localisatio után aránylag kis metszéssel át sikerült eltávolítani, miután a beteg rövid időn belül teljesen meggyógyult. A golyó tehát az egész tibia epiphysisen áthatolva jutott az izületbe, de szerencsére a hátsó tokszalagot már nem bírta átszakítani. Utóbbi időben hozzászóló az idegen testeket akként lokalizálja, hogy a bőrre kirajzolt helyekre fémtárgyakat tesz és az így készített RÖNTGEN-képek alapján meghatározza a bőrön az eltávolításra legalkalmasabb bemetszés helyét, az idegen test helyének magassági síkját és elég pontosan a felülettől való mélységét. Eljárását RÖNTGEN-felvételeken demonstrálja.

## II. szakülés 1910 januárius hó 29.-én.

Elnök : PURJESZ ZSIGMOND.

Jegyző : KONRÁDI DÁNIEL.

I. HIRSCH HUGÓ MAKARA tanár sebészeti klinikájáról a hasbőrén ülő *fibroepithelioma papillare multiplex* esetét mutatja be. A papillák hengerhámborítéka embryonalis csirokból való eredetükre enged következtetést.

II. VERESS ELEMMÉR „Galvános és chemiai ingerhatások összehasonlítása béka idegizomkészítményén.“ (L. Értesítő 26—39. l.)

## III. szakülés 1910 februárius hó 5.-én.

Elnök : PURJESZ ZSIGMOND.

Jegyző : KONRÁDI DÁNIEL.

I. VESZPRÉMI DEZSŐ *ruptura uteri* érdekesebb esetét mutatja be.

II. BORBÉLY SAMU (Torda.) A féregnyújtvány tájékán lezajló kórfolyamatok két érdekes esetét óhajtom bemutatni. Két, egymástól talán kisebb árnyalatokban különböző, de lényegileg oly egy-

forma külső jelenségekbe burkolódott kórformát óhajtok ismertetni, a melyek megjelenésükkkel, tüneteikkel az appendicitis kórképet teljesen fedik s csak a műtétnél derül az ki, hogy voltaképp egy pseudo-appendicitissel van dolgunk.

I. Modrev Juon 37 éves, a belklinikán appendicitis körjellel feküdt s itt műtétet ajánlottak neki. Műtétet akkor nem enged. Később a mi kórházunkban jelentkezik azon panasszal, hogy neki régi féregnyújtvány gyulladása van és szeretné azt műtétni. Megvizsgáláskor: Lefogyott férfi. Mellkasi szervek épek. Has a jobb csipőtányéri területet kivéve, besüppedt, a jobb csipőtányéri táj kissé elődomborodó, tapintva resistens képlet, mely per rectum is palpálható. Mac BORNER-pont érzékeny. Megfigyelés: beteg láztalan, állandó obstipatio, a mely ellen csak magas beöntésekkel védekezhettünk, beöntés elmaradása esetén a has puffadni kezd, hányás, olykor csuklás. Diagnosis: Appendicitis, erős lenövésekkel. Műtét Oxygen-chloroform morphia bódulatban, a hasüreget a Mac BORNER-ponton 20 cm. hosszban megnyitom, cseplesz kissé belövelt, felhajtva: a caecum, valamint vermiformis épek, féregnyújtvány kissé hátracsapott, az ileum caecumba való beszájadjásánál kb. férfi ököl terjedelmű dag, ennek tapintása puha, tésztatapintatú, még könnyű nyomásra is enged s ekkor kitünik, hogy a képlet a bél ürében van, s abból kiválnak cseresznye és szilva mag alakú testek. Nyilvánvalóvá téve, hogy a bélben lévő képlet bélsár tömeg, a mely idegen anyagokra — szilva mag, cseresznye mag — rakódott föl. Őszintén megvillant az enterotomia eszméje agyamban, azonban a kevésbbé veszélyes eljáráshoz fordultam, ujjaimmal az egész képletet felszorítottam a felhágó vastag bélbe. A hasfal zárása után a műtétet bevégeztetett. Műtét másodnapján ricinust kap a beteg s az ezt követő bő székletétben kapunk 20—24 darab cseresznye magot, négy szilva magot, több gömbölyű és lapos ködarabot (ezek közül egy 4 cm. hosszú, egy cm. széles és 3 mm. vastag), azután gidó (kecske) lábának a közepesontjaiból hármat. Ezeket van szerencsém a t. Szakosztálynak bemutatni. Óhajtom még megjegyezni, hogy az illető kérdezősködésünkre elmondja, hogy 12 éves korában porondot is evett, azóta még gyümölcsöt sem ehetik, mert az őt puffasztja s beteggé teszi.

II. Peszler Samu 32 éves, bágyoni lakos 1909. év nyarán betegedik meg heves vakbél fájdalmak között. Hasa annyira fáj, hogy takarót nem tudott tűrni, csuklott, hányt, székszorulása volt. Kezelőorvosa féregnyújtvány gyulladás miatt gyógyította s négy hét alatt jobban lett. Nagyon lefogyott, munkaképességét nem nyerte vissza, mert mozgásnál nagy göresök lépnek fel a caecum tájékán, ilyenkor hányik. Kórodánkra jó. Lelet: teljesen lefogyott beteg súlya 39.5 kg. Tüdők felett eltérés nincs. Has jobb oldala a csipőtányérnak megfelelően kissé tompa kopogtatási hangot ad, tapogatva

a MAC BORNER-pont igen érzékeny, innen kiindulólág egy mutató ujjnyi, hegybe végződő képlet érezhető ki, melynek hossza — hasfalon keresztül bírálva — 6–8 cm. Apró remittáló lázak, a melyek hidegrázást is észlelve: genyedésre engednek következtetni. CALMETT-féle reactio positiv. Műtét: Morphinum-chloroform narcosisban, ferde metszéssel nyitom meg a hasüreget, fali hashártyához eseplesz tapadt, ennek lefejtése után a cseplesszel ileumkaes húzatik ki, cseplesz-kacsasal is összenőtt, azt mintegy gyűrű alakban körül-fogja, óvatosan lefejtve az ileum concavitásán egy diónyi solitär tuberculotikus göb látható, a mely a cecumtöli beszájadzástól 5 cm-re ül, cecum, vermiformis épek. Ileum hat cm. hosszúságban reseccáltatik, körkörös bélvarrat, bél elsüllyesztése után három etageban hasfalvarrat. Lefolyás teljesen sima, a legnagyobb hő 37 C, leggyorsabb pulsus 66 percenként. Canalisatio tökéletesen helyre áll, fájdalmak egy esapásra szünnnek, a beteg, kit szerencsém van bemutatni, hízásnak indul s ma, a műtét 57-ik napján 15 kg. súlygyarapodást mutat. A reseccált béldarabot szintén bátorlakodom bemutatni.

Ezek után nekem nagyon kevés mondani valóm van a két bemutatott betegről. Egyiknél 12 éves korában elnyelt kövek, szilva mag stb., a másikinál egy tuberculotikus göb vált ki olyan tüneteket, melyek typosos appendicitis rohamoknak felelnek meg, műtétet involálnak s ekkor tűnik ki a betegség igazi lényege.

A most bemutatandó nőbeteg kevésbbé a műtétéért, inkább munkás baleset biztosítási szempontból érdekes. Ez az 50 éves asszony a múlt év október 25.-én meszelt s a kétlábú lajtorjáról, menyeczet magasságból leesett, eszméletét veszti. Ily állapotban szállítják kórodánkra. Letet: jól fejlett nő, teljes collapsus, facies, hideg végtagok, filiformis irregularis, alig számítható pulsus. A has baloldalán két emberfejnyi daganat, a mely puha, dobos kopogtatási hangot ad, nyomásra kisebbedik, de ilyenkor a beteg védekező mozdulatot tesz. Beavatkozásról a beteg állapota miatt szó sem lehetett, egész kezelésünk coffein injectiók alkalmazásából s meleg pakolásokban merült ki. Fáradozásainkat siker kísérte, mert egy hét alatt betegünk magához tért, ekkor a has egész bal oldala a czombra terjedőleg kékes szederjes elszíncsedést mutat, a bal rectus közepén egy gyermekfej nagyságú puha dag, mely nyomásra korgás kíséretében a hasüregetbe tűnik. Ekkor tisztán állott előttem, hogy betegünk, lebukásakor a rectus repedését szenvedte s az így támadt nyíláson szerezte hasfali herniáját. A műtét múlt év november 26.-án aether narcosisban történt. Húsz cm. hosszú bőrmetszéssel hatolok be, a boralatti kötőszövetben egy gyermekfej nagyságú ür, a mely peritoneummal nem bélelt s benne pár vékony bélkaes, kevesebb vastag bél; ezek visszahelyezése után kitűnik, hogy a rectuson egy 5 cm. hosszú,

3 cm. széles, kissé ferde nyílás van, ennek széleihez a csipkézett szélű hashártya tapad s felső részén cseplez nő le, ennek lefejtése s visszahelyezése után, a benőtt hashártyát felszabadítom, csomós selyemöltesekkel egyesítem s ezzel zárom a peritonealis ürt. Izomvarrat. Miután a mutatkozó nagy holt ürt elvarrni nem tudom, üvegdrain, a mely felett a bőrt egyesítem. Sima lefolyás; ma jó színben mutathatom be betegemet, kiállott műtétét egy linearis heg s az üvegdrain nyoma mutatja.

Ezen bemutatott eseteken kívül engedjenek meg, hogy az utóbbi időben magas metszéssel éltávolított húgykőveket mutassak be:

I. Négy éves fiútól származott phosphat kő, súlya 56 grm., nagysága  $7 \times 4 \times 3$  cm.

II. Tizenöt éves fiútól származott urat felületén phospháttal, súlya 30 grm., nagysága  $5.5 \times 5.5 \times 2$  cm.

III. Öt éves fiú, három phosphat kő, a legnagyobb  $3 \times 2 \times 1.5$  cm., nagy, a középső  $1.5 \times 1 \times 1$  cm., a legkisebb  $0.9 \times 0.9 \times 5$  mm., ez a két kő egy búzaszalma két végén épült fel, extractionál a szalma ketté törött. A kihuzott szalma fekete és 4 cm. hosszú, a gyermek kinzó vizelési ingereit csökkentendő vezette hólyagjába. Ilyen esetet még egy alkalommal volt szerencsém a t. Szakosztálynak bemutatni.

Ez a három beteg gyógyultan hagyta el kórodánkat.

IV. Jelenleg négy napos műtétével itt fekvő 11 éves fiútól kapott gyönyörű oxalat, súlya 18 grm., nagysága  $3 \times 3 \times 3$  cm.

A műtételekre nézve megjegyzem, hogy rectalis tamponálás után, borsavoddattal töltött hólyagon a Poxcer-féle műtétet végzem, utóbbi időben a hólyag varratát bizonyos módosítással teszem fel, erről még nem nyilatkozhatom, mert még alig hat esetben éltem vele.

III. MAKARA LAJOS 3 beteget mutat be: 1. *Aneurysma venosum spurium traumaticum* esete.

B. P. 10 éves, kissomkúti oláh fiú. Múlt évben, november 1. én, a jobb térdárokban vasvillával megszúrták. A szúrás nyomán igen erős vérzés támadt, melyet a gyermek apja szoros kendőkötéssel szüntetett meg. Azóta térdhajlástája mindjobban megdagadt, térdé összehúzódott, úgy hogy többé járni nem tudott. A dagadás ellen hidegvizes borogatásokkal kezelték eredménytelenül, miért is november 29.-én behozták a sebészi klinikára.

Felvételkor, a mint az a bemutatott fényképen látható, a mérsékeltlen fejlett, gyengén táplált, halvány beteg jobb térdé 90°-os kontrakturában van. A térdhajlást egy nagy, elmosódó határú, nyomásra alig érzékeny daganat tölti ki, mely a csomb alsó harmadára és a lábszár felső negyedére kiterjed. A bőr a terimenagyobbodás területén feszült, barnás kékesen elszíneződött; a térdhajlás medialis

oldalán, 3 ujjal az ízületvonal felett  $\frac{1}{2}$  cm. hosszú, ovalis heg látható. A daganat fölött a bőr melegebb. A daganat összeállása mérsékelten tömött, feszes, a közepén homályosan hullámzás érezhető. Térdét kinyújtani nem tudja, a passivus mozgathatóság igen korlátolt, de nem fájdalmas. A láb passivus mozgásai szabadok. A lábszár kis fokban vizenyős. A daganat fölött lüktetés nem tapintható, csak hallgatódzásnál mutatkozik némi gyenge, rythmicus zöreje.

A daganat legnagyobb kerülete a térdhajlásnak megfelelőleg 44 cm., míg a bal térdé 30 cm. A gyermek hőmérséke subfebrilis, mellkasi szervei épek. Vizelet normalis.

Első megtekintésre az elváltozás egy lágy, edénydús sarcoma képét mutatta, úgy hogy ezen diagnosissal mutatták nekem az esetet, de pontosabb megvizsgálás után, tekintve az előzményi adatokat s a gyermek apjának határozott kimondását, hogy a sérülés előtt a fiúnak semmi baja sem volt, aneurysma spurium traumaticumra tettem a diagnosist, bár a lüktetés hiányát magyarázni nem tudtam.

A műtétet decz. 1.-én végeztem aether narcosisban. 12 cm. hosszú hosszmetéssel a térdárokban behatolva, fekete véralvadékkal és a falhoz szorosan tapadó fibrintömegekkel telt, gyermekfejnyi üregbe jutunk: Az alvadékok kitakarítása után az üreg fenekén az edényköteg látszik s a vena popliteán egy hosszúkás, 5 mm. hosszú, éles, elhegedt szélű rés mutatkozik, melyből az ESMARCH pólya daczára sötét vér szivárog. A vena sebét 5 finom, catgut esomósvarrattal elzárván, a gummipólyát levesszük. Miután semmi vérzés sem mutatkozik, a bőrt bevarrjuk, az üreget 2 üvegdrainnel ellátjuk.

Az első kötésnél a végtagot meghagyjuk kontraktúrás helyzetében, hogy a bőr a nagy sebüreg fenekére tapadhasson és a végtagot csak fokozatosan, 4 hét alatt hoztuk egyenes tartásba. A drainecket deczember 3.-án távolítottuk el. A gyógyulás p. p. folyt le.

Négy hét múlva, a teljes kinyújtás után a hegvonal közepén savós hólyag mutatkozott, melyből néhány hétig kevés savós szivárgás volt, azóta ez is megszűnt.

A beteg végtag a lábszár kифokú vizenyőjétől eltekintve, visszanyerte rendes alakját, a beteg elég jól tud járkalni. A lábszár és a lábizmok azonban még ma is parétikusak, a mit úgy látszik, a nagy vérömleny hosszú ideig tartó nyomása a térdhajlásbeli idegtörzsekre okozott. Miután érzési bénulás a lábhat tenyéryi területét kivéve nincs, a paresis is előreláthatólag néhány hónap múlva meg fog szűnni s a végtag teljesen használható lesz.

Betegünknel a műtégi lelet szerint egy nagy, fokozódó, áttöréssel fenyegető vérömleny támadt a térdhajlási vena szúrása nyomán. A lelet annyira szokatlan, hogy csak egy, némileg hasonló esetet leltem eddig az irodalomban.



A venák sérülései ugyanis járhatnak nagy vérzéssel, vérömlenyképződéssel, de a leírthoz hasonló, fokozatosan növekedő, áttöréssel fenyegető, nagy vérömlenyos daganat képződést nem szoktak okozni. A leírt kép csak az arteriás törzsek egyidejű sérülése után támad, holott esetünkben az art. poplitea vagy ágainak sérülése a műtéti lelet alapján biztosan kizárható.

A körkép teljesen megfelel az aneurysma traumaticum spuriumnak, csakhogy nem a verőér, hanem a vena sérülése után támadt, miért is *an. venosum traumat. spurium* nak volna nevezhető, a mint BRAMANN használja is e nevet egy REINHOLD által leírt esetre, melynél az almányi, simafalú üreg a vena femoralissal közlekedett szélesen. Ez esetben azonban műtétnél az art. anast. magna is sérültnek találtattott.

Azt hiszem, a térdhajlási vena különleges anatómiai viszonyából magyarázhatjuk, hogy a kiömlő vér egy gyermekfejnyi üreget készített a fascia lata és az izmok között, mely üregnek falán a vér megaldott, míg az érnyílás közelében folyós maradt s a fokonként beömlő új vérrel szaporodott.

A térdhajlási vena ugyanis a test összes venái között a legmerevebb falú, az arteriával is szorosán össze van kötve, úgy hogy ürtere a térdárokban nyitva marad, nehezen nyomható össze. Ebből magyarázhatjuk esetünkben az aneurysma spuriumszerű daganatképződést a vena megszűrése után.

A betegnél a véralvadás egyébként a normalistól eltérést nem mutat, oligocythaemiában szenved ugyan, a mennyiben a vörös vércsejtek száma csak 4.100,000, de egyébként a qualitativus vérkép rendes, úgy hogy a vérmegváltozásból nem magyarázhatjuk a véralvadás és venasebgyógyulás kimaradását. Az oligocythaemiát a vérvesztés következményének kell tekintenünk.

2. *Subcután béltrepedés a sérv helyén, kiterjedt eves hashártyagyulladás, gyógyulás.* 1907 decz. 14. én tartott szakülésen STEINER tanársegéd úr beszámolt több subcután bélsérülés esetünkről s ez alkalommal előadta ezen bélsérülések keletkezésének mechanizmusát. Ezek közt kétségtelenül legérdekesebb a béltrepedések azon módja, midőn a feszes, felfujt bél az erőbehatás alatt a sérvkapuhoz, vagy más hasonló nyíláshoz nyomatik, a hol a bélfalat nem támogatja a hasfal s itt megreped. A béltrepedés ezen módjára BUNGE hívta föl először figyelmünket. A bemutatott eset is ezen kategóriába tartozik.

K. A. 50 éves kocsis. 1909 nov. 16.-án a kocsirúd eltörtött, a lovak a kocsiat a töltésről lerántották, eközben ő hassal a partnak esett, a kocsi meg hátára dőlt. Rövid idő múlva, a különben sérvkötővel visszatartott régi sérve táján, élénk fájdalomak léptek föl, úgy hogy a sérvkötőt le kellett vennie. Éjjel sérve tája megdagadt, többször hányt, a szelek megálltak, miért is sérvkizáródás diagnossissal másnap reggel klinikánkra szállították.



Feltűnő volt, hogy míg a sérve nem feszes és nyomásra is csak mérsékelten fájdalmas, a hasizmok a hypogastriumban nagyon feszesek és az allhas nyomásra nagyon érzékeny. A légzés szapora, bordai jellegű, érverés feszes, szapora, p. 100.

Azonnal műtétet végeztünk. Miután a sérvtömlő megnyitásakor a hasüregből bűzös geny ömlött, a metszést paramedián meghosszszabbítva, a hasat is megnyitottuk. A szennyes rostonyalepedéktől fedett belek közül nagy mennyiségű geny ömlött; a geny kitörlése után sikerült meglátni egyik bélkaes domborulatán a fillérnyi, észélű repedést, melyen híg bélsár ömlik. A repedést két sor varrattal elzárva, a genyet a hasüregből, főleg a Douglasból könnyedén szárazon kitöröljük. Az ágyéktájou, valamint a szűkített hasmetszési sebeit át a hasüregt vastag cigarettadrainnival drainezzük.

Műtét után a hashártyagyulladás tünetei lassanként megjavultak. Másnap szelek távoztak, 3.-ik napra megszűnt a hányás, 4.-ik napra széke is volt. A draineiket a 8.-ik napon eltávolítottuk. Decz. 23.-ika után felületes sarjadzó sebbel még járóbetegként kezeltük a seb teljes begyógyulásáig. Most sérvének gyökeres műtétele végett jött be újra a klinikára s ez alkalommal érdemesnek tartottam őt a szakosztálynak bemutatni.

A bélrepedést itt a BUNGE-féle mechanizmus szerint magyarázhatjuk. Azt, hogy a megrepedt bél nem maradt közvetlen a sérvkapu mögött, valószínűleg a taxis kísérletek okozták, melyeket a betegen — sérvkizáródnak tulajdonítva baját — végeztek.

A hashártyagyulladás kezelésére vonatkozólag megjegyezzük, hogy ez esetben tartózkodtunk a hasüreg kiöblítésétől, nehogy a hashártya fertőzését még elterjeszszük, beértük az enyhe kitörléssel a kettős drainagezsal és a beteg alkalmas, félig ülő elhelyezésével. Talán lesz alkalmam másszor beszélni azon haladásról, melyet éppen a hashártyagyulladások kezelése körül a sebészet fölmutathat, azért most mellőzöm az öblítés vagy nem öblítés kérdését, valamint azon többi tényező felsorolását, a miknek e haladás tulajdonítandó. Csak azt jegyzem meg, hogy a siker első sorban mindenkor a *lehető korai beavatkozástól* fog függni, miért is e pontot bátorodom különösen a t. kartársak figyelmébe ajánlani.

3. *A jobb alkar alizületénél a hiányzó orsócsontdarab pótlása idegen fibuladarabbal.*

L. D. 28 éves juhász jobb alkarját, 2 év előtt vágott ólomdarabokra töltött puskával, három lépés távolból meglőtték. Két nagyobb darab csontot mindjárt a sérülés ellátásakor távolítottak el, több kisebb szilánk pedig később ürült ki, úgy hogy a begyógyulás körülbelül csak egy év múlva következett be. Kezét azóta használni nem tudja.

Felvételkor az atleta természetű férfi jobb alkarja 4 ctm.-rel rövi-

debb, a közepe táján meggörbült, a görbület helyén álizület van, melynek mozgás-szöglete kb. 60°. Az alkar radialis szélén egy 13 ctm. hosszú, 2 ctm. széles, rögzített heg van, az ulnaris szélén hasonló, de rövidebb hegvonal, mindkét hegvonal az álizület magasságában. A könyökizület hajlítása teljesen szabad, ellenben a kéztőizületben a mozgások minden irányban korlátozottak. Pronatio és supinatio nem végezhető. Úgy a felkar, mint az alkar izomzata erősen sorvadt, a bal felkar kerülete 31, a jobbé 25 ctm.; bal alkar (a felső harmadban) 31, jobb 24 ctm. kerületű. A kisujjpárna, de a thenar és a csontközti izomzat is erősen sorvadt. Az érzési és mozgási viszonyok vizsgálata mutatja, hogy a nervus ulnaris a sérülés helyén elröncsolódott s következményesen teljes ulnaris-bénulás van jelen a IV. és V. ujj karomszerű zsugorodásával.

Az álizület helyén, a szögletben, egymásra esúszott ulna végek és a radius környéki felének felső vége találkoznak, e fölött a radiusból 4 ctm. hosszú darab hiányzik. Ezen viszonyok tapintásnál is érezhetők, de a bemutatott RÖNTGEN-képen még jobban láthatók; a képen egyúttal 6 nagyobb és több apró begyógyult ólomdarab látható.

Ilyen súlyos viszonyok közt a kar teljes működőképességének helyreállítását nem remélhettük, de legalább az álizületet óhajtottuk megszüntetni. E végből 1909 nov. 24.-én a fölfrissített ulna-végeket kettős sodronyvarrattal összevarrtuk, a radius hiányát egy ugyanakkor csonkított lábszár fibulájából kitöltük. A radius fölsebzett végeibe ékelt fibulát 2—2 sodronyvarrattal is megerősítettük.

A sebgyógyulás zavartalan volt. A második RÖNTGEN képen jól látható a begyógyult fibuladarab s az alkarcsonatok javított helyzete.

Decz. 26. óta a beteg karját mindennap meleg vízben fürösztí, fürdő után megkenegetik.

A műtét és utókezelés eredménye aránylagosan kielégítő; a mennyiben az álizület helyén ma csak nagyobb erővel lehet némi ruganyos mozgékonytságot kimutatni, a kéz használhatósága is javult. Az ulnaris-bénulás természetesen változatlan. Hogy az implantált idegen csont, mely ez esetben frissen, esonthártyájával együtt lett átültetve, továbbra hogyan viselkedik, azt csak későbbi 1/2—1 év múlva megejtett vizsgálat fogja megmutatni.

Az eddigi tapasztalások remélni engedik, hogy az idegen csont nyomán új csontképződés indul meg s így a consolidatio idővel teljes leend, a mikor további, az ulnaris-bénulást javító műtét (inplastica) jön szóba.

## IV. szakülés 1910 februárius 12.-én.

Elnök: KLUMÁK ADOLF.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. BUDAY KÁLMÁN: *Paratyphus* esetből származó készítmények bemutatása.

Az 50 éves béres állítólag 3 hét óta volt beteg, a belgyógyászati klinikán 4 napig feküdt és hirtelen halt el. A boncolásnál a hirtelen halál oka gyanánt tüdőembolia derült ki, a mely a lábszárgyűjtőerek thrombosisából keletkezett. A belekben nagyszámú (összesen 37) fekélyke találtatott, a melyek kicsinyek, felszínesek és nem mind a PAYER-plakkokon ülnek. Volt még lépnyagbodás és mérsékelt duzzadás a bélfodor mirigyeiben. Az epehólyagból igen nagyszámban szintenyészetben volt kapható egy legömbölyített végű vaskos bacillus, a mely a paratyphus B. bacillus összes tulajdonságaival bír. A DRIGALSKI-, ENDO-féle tenyésztő-talajokon a typhusbacillus módjára viselkedik, míg a szőlőcukros agarban gázt produkál. Ugyanily bakteriumot lehetett a vesemedence zavaros benékében és a bélfodormirigyekben is találni. Agglutinációs vizsgálatokból kiderült, hogy a kitenyésztett bacillust az illetőnek vére nagy hígításban agglutinálja, míg typhusos betegé nem. Épp így a hullából vett vér savója nem agglutinálja százszoros hígításban a typhusbacillust, míg 700-szoros hígításban is gyorsan agglutinálja a paratyphus B.-bacillus leves tenyészetét.

Hozzászól: JANCSÓ MIKLÓS.

II. GYERGYAI ÁRPÁD az orrgaratnak, a tubának és a hátsó orrészeknek merőben új direkt vizsgálásmódját mutatja be. Eljárása lehetővé teszi nemcsak a tubacső nyílásának és belső falának, a choanaseptumnak s az iksonttest mellső alsó, tehát már az orrüregben levő falának direkt vizsgálatát, hanem egyes esetekben a középső orrkagyló és az esetleg hypertrophisált alsó orrkagyló hátsó végének, kivételesen a recessus sphenoidalisanak a felső orrkagylónak, egyes ethmoidalis sejtek nyílásának közvetlen megtekintését is. Mindezen említett részeken a szem ellenőrzése mellett therapiai beavatkozások, valamint műtétek végezhetők. Ezen eljárás segítségével a sinus sphenoidalis alsó fala is eltávolítható, sőt az előadó szerint arra is gondolhatunk, hogy ezen az úton a hypophysis cerebri-t is meg lehet közelíteni.

Photographiákat, RÖNTGEN-képeket és specialis műszereket is mutatott be az előadó.

## V. szakülés 1910 februárius 19.-én.

Elnök: KLUMÁK ADOLF.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. LECHNER KÁROLY: *Kóros izomérzés (dyskinaesthesia) esete.*

A közérzetek sorában lényeges szereppel vannak az izomérzések. Régen ismeretesek pl. a tabeszes ataxiákat közvetítő izomérzésbeli fogyatékoságok, a göczbántalmakat kísérő paraptaxiás jelenségek stb. Alig ismeretesek azonban ama izomérzésbeli zavarok, a melyek tisztán a funkció hibáján alapulnak és kimutatható kórboneztani elváltozásokkal karöltve nem járnak. A mennyiben ilyenek észlelve lettek, azok nagyobbára a paraesthesiák nagy csoportjába soroztattak. Tanulmányaim keretében számos betegemnél olyan izomérzésbeli tüneteket véltem felismerhetni, a melyekkel eddig az irodalomban nem találkoztam. Egyik ilyen esetemet bemutatva, csupán a szakosztály figyelmét óhajtom ezen jelenségekre reáterelni. Az ép és kóros érzésekről készülő nagyobb munkámban bővebben fogom azokat ismertetni.

Némely ideges és elmebajos egyéneknél, különösen a klimakteriumban, a preszeniumos időszakban, arteriosklerózis mellett, neurasteniás fáradások és hiszteriás exaltációk kapcsán sajátos izomérzésbeli zavarok mutatkoznak az értelmi munka hol kisebb, hol nagyobb befolyásával. Majd az egyes izmok, izomesoportok vagy testrészek nagyobb tonusát, illetve feszülését érzik a betegek, majd ellenkezőleg annak hiányát vagy fogyatékoságát. Olyik esetben az izomérzés elkésve vagy elkorázva mutatkozik, olyikban inkább csak a mozgásra való nagyobb készség vagy készülletlenség alakjában nyilvánul. Máskor különbség mutatkozik a rendes mozgásérzésekkel szemben, hol a mozgás mekkoraságát, hol annak minőségét illetőleg. Egyszer állandó, másszor változó feszülésekről, avagy feszülésbeli hiányokról panaszkodnak a betegek. Más alkalommal csupán az ezen változott izomérzésekből vont következtetések tévesek. Az érzésváltozások majd az izomnyugalom, majd az izommunka állapotára vonatkoznak és pedig hol a figyelem, hol a testhelyzet, hol a cselekvés feszüléseit kísérve. Valamennyi az idő, a tér, a cél és a reális lét felfogásában több-kevesebb csalódáshoz vezet. Előfordulnak az ilyen izomérzésbeli zavarok a kóros reflex hyper-, hypo-, para- és palinstheniás típusában egyaránt.

Egyik betegemnek pl. úgy tünt, hogy a jobb szemével hamarabb látja meg a dolgokat, mintsem a ballal. Látáskor ugyanis a szem mozgató készülékeinek működését egyenlőtlen időben vette tudomásul. Egy másik betegem úgy érezte, hogy a bal lábbal nagyobb

lép, mint a jobbal, bár a lépések mekkorasága egyforma volt. Egyik az arcját félrehúzottnak, a száját előre csucsorodónak, a végtagjait kipeckeltnek érezte, a másik a vállát előretoltnak, a mellét kitágultnak, a fejét ferdén állónak vélte. Némelyik úgy gondolta, hogy oldalvást dül, előre bukik, vagy hátra húzza valami. Mindezeknél külsőleg mozgásváltozások nem voltak észlelhetők, legfeljebb ama igyekvés, az érzett mozgásbeli, illetve testtartásbeli különbséget kiegyenlíteni. Egy úrnál bizonyos zörejekre feszülésszerű érzések támadtak a fejen, a nyakon s a háton, az elesés aggodalmával. Egy másik a jobb karját súlyosabbnak érezte a balnál, mintha az egyik a vízben, a másik a levegőn mozogna. Olyiknak úgy tűnt, mintha a végtagját valaki mozgás közben gátolólag megfogná. Olyik súlyosabbnak mérlegelte ugyanazokat a tárgyakat a bal tenyerén, könnyebbeknek a jobb kezében. Némelyiknek olyan érzése lett, mintha rángatná valami a testét, a hasát, a szemét. Egyiknek megakadt az írása, ha meleg volt a szobában. Egy másik pofonokat osztogatott akaratán kívül, mert ismeretlen erő irányította a mozgásait. Volt olyan is, a kinek a bal lába a sík földön a lépesőfokra hágás érzésével lépegetett. Valamelyik a széken ülve úgy érezte, mintha bizonytalan egyensúlyban a torony tetején lóbalná a lábait. Az egyik szabad térségben szédülés nélkül egyensúlyt veszített, a másik ólom-súllyal nehezedett a padlóra. Némelyik sorogni érezte a fejét, némelyik a teste fölött lebegni vélte azt. Néha drukkyszerű erős feszülések kísérik az egyesek gondolatait. Egyik betegem nem érezte a saját beszédjét, bár hallotta a hangját s tükörben látta a szája mozgását. Olvasáskor egyiknek olyan érzése lett, mintha mindig oldalvást kancsalítva nézné a betűket. Volt olyan is, a kinek hazajövet a szoba bútorai mindenkor olybá tűntek, mintha sohasem lettek volna azon a helyen. Ezen esetben a térbeli tájékozódást közvetítő izomfeszülések emlékei a múltra vonatkozólag voltak fogyatékosak. Hasonló történt avval is, a ki nem tudta elképzelni az otthonát, a város utcáit a térben, a kinek úgy esett, mint a sohasem lett volna a saját szobájában. A térbeli tájékozódást közvetítő izomérzések hiányának mindazoknál is, a kik a való tárgyakat testetleneknek, túlvilágiaknak érzélik. Ellenben a térbeli elhelyezkedés látszatát adó izomfeszülések érzései szerepelnek mindakkor, a mikor a síklapú képek és rajzok is testet öltenek a szem előtt.

Mindezen és más hasonló eset illusztrálására szolgáljon a bemutatásra megjelent 55 éves, korán vénült, melancholiás lehangoltságban sinlődő asszony, a kinek a szeme, az agyveleje, a hasúri szervei részéről tompa érzései vannak. Úgy tűnik neki, mintha azok részben hiányoznának avagy fogyatékosan működnének. E mellett időszakosan a lebegés érzése van nála. Úgy véli — bár nem szédül — hogy a levegőben lóg és ninesen egyensúlyban. Olykor erős feszü-



lések lepik el a nyak, a hát, a mellkas izmait, annyira, hogy minduntalan hátradülni fél. Mindezek ellenére jól lát, hall és tájékozódik, biztosan jár, kelet s foglalokzik, soha el nem esik és lehangoltsága még önvádlásai mellett is ezen lebegő érzésének kóros voltával tisztában van.

*Hozzászól* IMRE JÓZSEF.

II. KANITZ HENRIK *trichophytiasis* különböző eseteit demonstrálja.

III. MAKARA LAJOS „*A Gasserducz gyökének kiszakítása trigeminus neuralgiánál*“. A trigeminus neuralgiák kezelésében nehéz általános értékű szabályokat fölállítani. Szépen hangzik azon tétel, hogy első sorban a bántalom okát kell kikutatnunk s ezt elhárítanunk. A gyakorlatban azonban úgy áll a dolog, hogy legtöbbször csak az eredményes kezelés igazolja a föltételezett oki összefüggést a neuralgia és valamely helyi vagy más bántalom között. A neuralgia hosszú idejű fennállása után pedig többször tapasztalható, hogy a határozott okozatos összefüggés dacára is, sikertelen marad a kauzális gyógyítás, mert az idegzsába megrögzötté lesz, szinte önálló betegséggé válik. Valamint az epilepsiánál a betegség időtartamával és a rohamok számával arányosan kifejlődik az agykéreg göresös ingerlékenysége, a spasmophilia, úgy a neuralgiánál is a gyakran és régen izgatott érző központok túlérzékenyek lesznek és bárminemű ingerre fájdalommal reagálnak.

Így állván a dolgok, természetes, hogy a neuralgiáknál az orvosnak és betegének gondolkodásmódja, türelme és körülményei szerint a legkülönbözőbb gyógyeljárások jönnek alkalmazásba. A legszebb sikereket adják azon esetek, melyekben a neuralgia okául valamely helyi okot sikerül fölfedezni, a melynek meggyógyításával végleg megszűnnek a fájdalomrohamok is. Trigeminus neuralgiáknál ilyen ok gyanánt idegen testeket, fog-, orr-, fül-, bél-, ivarszervi stb. betegségeket sikerült egyszer-mászor találni. E téren első helyen állanak a fogbántalmak, miért is sohase mulasszuk el a fogakat pontosan megvizsgáltatni, de viszont ne ítéljük könnyelműen, s ne feledjük el, hogy már sokszor eredménytelenül húzták ki egyik fogat a másik után.

Frissebb keletű neuralgiáknál sokszor az eredményes gyógyszeres kezelés chininnel, salicylkészítményekkel, vassal, arzennel, higannyal vagy joddal bizonyíthatja az összefüggést a neuralgia és valamely föltételezett betegség között. Régi neuralgiáknál villamozással, máskor keserűvíz, laudanum (Frousseau), vagy aconitum kurákkal érhetünk el rövidebb vagy hosszabb időre terjedő sikereket. A morphiomhoz csak kivételesen nyuljunk, mert ennek tartós gyógyító hatása nincs, de igenis könnyen nevelhetünk így morphinistákat. Ha tehát a leírt módokon nem boldogulunk, folyamodjunk a sebészi gyógyításmódokhoz.

A környéki idegkimetszések a THIERSCH-féle idegkicsavarás alakjában is csak kivételesen adnak gyökeres eredményt, egy-két év múlva a fájdalmak megújulnak, miért is teljesen indokolt, hogy ezek helyett újabb időben megint a *peri- vagy endoneurális befecskendések* kerülnek előtérbe. Az 1%-os hyperosmiumsavoldatot (NEUBER) régebben magam is megpróbáltam néhányszor, egy ízben 7 évig tartó sikerrel. Kedvező eredményekről beszélnek, a kik újabban az alkoholt használják (SCHLÖSSER s mások nyomán). Mégis hiú reménykedésnek látszik ezen befecskendésektől gyökeres eredményeket várni. Csak a beavatkozás egyszerűsége és veszélytelensége indokolja e módszert ott, hol az intracranialis műtetre az eset még nem érett, vagy ha a beteg magas kora, általános gyengesége miatt a műtéti eljárás kerülendő.

A koponyaalapon végzett idegkimetszések eredményei alig tartósabbak, mint a többi környéki idegműtétek után, a mivel a beavatkozás súlyossága nem áll arányban.

Legtartósabb eredményt adtak ez ideig a *Gasser-dúc kiirtások*. Recidivák e műtét után is ismereteseek, csak GARRÉ és FRIEDRICH eseteit említem, melyek mindegyikében 3 év múlva következett be a recidiva; bizonyoságául az érző idegek nagy regenerálódó képességének, mint ezt egyik esetben a későbbi sectio is kimutatta. Miért is indokolt lehet a GASSER-dúc kiirtása mellett a koponyaalapi csontcsatornákat is elzárni (csonttal, plombbal), a mint ezt amerikai sebészek kezdeményezték. De ha a GASSER-dúc kiirtásának eredményei a fájdalmak megszüntetését illetőleg általában kiválóak is, mégis e műtét indikációjának köre mindinkább szűkül. Némely esetben a vérzés miatt a szabatos operálás nem megy, a mi a tartós sikert kérdésessé teszi. Másszor a műtétet nem sikerült ugyancsak a vérzés miatt egy szakaszban befejezni, a mi meg az asepsist kockáztatja. A műtét halálozási aránya is még mindig 5% fölött van a legjobb statistikákban is (CUSHING, LEXER, DOLLINGER, KRAUSE újabb esetei során), általán pedig ennél is nagyobb, a mi egymagában véve, nem halálos betegségnél — habár az a legkinzobbak közé is tartozik — nagyon is számbaveendő. Végül a műtét esetleges következményei közt a *keratitis neuroparalytica*, mely az egyik szemnek még évek múlva is bekövetkezhető elpusztulását okozhatja, lényegesen megrontja a fájdalom megszüntetése fölött érzett örömlünket.

Kisebb kockázattal és mégis remélhetőleg nem kisebb sikerrel jár a *Gasser-dúc gyökének kiirtása*. E műtétet SPILLER és FRAÏER ajánlották először 1901-ben, majd VAN GEUCHTEN 1903-ban s a GASSER-dúc élettani kikapcsolásának nevezték, mert BÉTHE vizsgálatai szerint a velőtlen idegrostoknak nincs regenerálódó képessége s a gyök kiszakítására a trigeminus bulbospinalis központjai sorvadnak. E műtétnek előnyei, hogy a vérzés kisebb, mert a sinus



cavernosus sértetlen marad; a szemmozgató idegek nincsenek veszélyeztetve; a trigeminus első ágához társuló sympathicus idegrostok épségben maradnak s így a neuroparaliticus keratitis veszedelme sem forog fenn.

Maga a műtét még újabb keletű, hogysesem annak eredményéről véglegesen beszámolhatnánk. SHERMAN közül egy recidivát, mások azt még nem észlelték. Ammit mindenesetre mondhatunk, hogy a módszer veszélyei kisebbek s így korlátozási aránya is kisebb, mint a GASSER-dűcz kiirtásának.

Hogy vajjon a mély temporalis út, a mint azt CUSHING és LEXER kidolgozták, vagy a de BENLE et BROECHARF-féle supraauricularis, vagy a DOYEN-féle occipitalis módszer ad-e jobb eredményt, azt a további tapasztalatok fogják megmutatni.

Végül, hogy e kérdés mai állapotáról teljes képet adjak, fölcmlitem, miszerint a corticalis műtévesnek is akadt már szószólója, de azt hiszem, a módszer ma még nem érett a gyakorlatra.

Bemutatott esetem egy 52 éves asszony, kinél a baloldali II. és III. ágban a neuralgia 2 $\frac{1}{2}$  év óta áll fenn. Először 2 hónapig tartottak a rohamok, erre egy évig szüneteltek, azután megint 3 hónapig kínozták, majd újabb szünet után 1909 novemberben megújultak az előbbieknél nagyobb fokban s rendkívül sűrűn ismétlődnek, úgy, hogy éjjel sincs pihenése. Miután többféle gyógyszeres kezelés eredménytelennek bizonyult, f. évi febr. 8-án a trigeminus gyök kiszakítását végeztem.

Behatolás a CUSHING—LEXER-féle temporo-sphenoidalis úton. A megsérült meningeae vérzése éresipő nyomására eláll, úgy, hogy a III. ágtól kiindulva, vésős kutatóval tisztán sikerült leválasztani a durát a GASSER-dűcz oldaláról, majd annak gyökéről. A gyök kikészítése után azt csipőbe fogjuk, a dűczről lemetszük és hátra kiszakítjuk, végül a III. ágat a foramen ovalenél is átvágjuk.

A műtéti sebzés zavartalanul gyógyult. A rohamok megszűntek. Feltűnő esetünkben, hogy a bőr érzéketlensége műtét után csak az áll balfelére, körülbelül ötkoronás terjedelemben szorítkozik; ellenben a nyálkahártya a bal felső és alsó állkapocs mentén, a nyelv balfelén és a bal pofán érzéketlen. A szem és szemhéjak érzése megmaradt. Ebből következtetve, lehetséges, hogy a trigeminus gyök legmediálisabb rostjai bennhagyattak. Ez most előnyös, hogy nem származik-e belőle hátrány recidiva tekintetében, azt az idő fogja megmutatni. Ha esetünkben a recidiva kimarad, úgy a II. és III. ág neuralgiájánál a gyök legmediálisabb rostjait tervszerűleg is meg lehetne kimélni, miért is az esetről hosszabb idő múlva bátor leszek újból referálni. Az eset lefolyása mindenesetre bizonyítja, hogy ezen gyökkiszakítás sokkal kiméletesebb módszer, mint a GASSER-dűcz kiirtása, úgy, hogy ezen, különben gyenge alkotású

nő, holnap már, tehát 12 nappal a műtét után, gyógyultan hazautazhatik.

IV. BRAUNSTEIN GÁBOR a CAMMIDGE-féle *pancreasreactióról* szerzett tapasztalatairól számol be. A reactio klinikai értékesítésén kívül súlyt helyez a reactio végeredményében kapott jegeczek egyes chemiai és fizikai sajátosságaira. Így a különböző oldódási viszonyokon kívül pontos olvadáspont meghatározásokat végzett. Összehasonlító vizsgálatként a FULD—GROSS-féle, a bélsár trypsin értékének meghatározására irányuló, Kasein methodust használta fel. A 60 vizsgált legkülönbözőbb, de főként a hasnyálmirigy funkciójával akár a szomszédsági, akár pedig működésbeli összefüggésben lévő betegség esetében, melyek között 9 reactio által bizonyított eset is szerepel, 26-szor kap pozitív, 34-szer pedig negatív reactiót. Az olvadáspont nagysága, az anyag szennyezettsége miatt nem adott állandó eredményt, az átlagos érték 160° C-ra tehető.

Határozott kapcsolatot vél a szerző a pozitív CAMMIDGE reactió és a bélsár csökkent trypsin értéke, valamint a negatív reactio és a bélsár normalis trypsin értéke között. A reactio chemismusára irányuló vizsgálatok nem erősítik meg a legtöbb szerző ama véleményét, hogy a reactionál szereplő jegecz pentoseszerű anyagból állana, minthogy sem a BIAL-féle pentose reactiót nem adja, de meg a pyridinnel való kristályosítás sem járt eredménnyel.

Végeredményben kimondja, hogy nem tulajdonítva a reactiónak pathognomicus jelentőséget, mint kiegészítő vizsgálati eljárást használhatónak tartja.

*Discussio*: REINOLD BÉLA

Reámutat azokra a körülményekre, melyek a CAMMIDGE-reactio klinikai értékesíthetőségét már a priori kétségessé teszi. A bélsár trypsin tartalmára irányuló vizsgálatok a pankreas sokoldalú tevékenységének csak egy ágáról nyújthatnak felvilágosítást, t. i., hogy termel-e a pankreas elegendő fehérjeemésztő fermentumot. A pankreas secretorius tevékenységének vizsgálatára a BOLDYREFF-féle eljárás megbízhatóbbnak látszik.

## VI. szakülés 1910 februárius hó 26.-án.

Elnök: DAVIDA LEÓ.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. GENERSICH GUSZTÁV *Tejelválasztás typhus abdominalis lefo, lyása alatt.*

Az anya szoptató képességének taglalásánál felszokták említeni, hogy a szoptató anya súlyos betegségek ideje alatt nem képes szoptatni és pedig részben azért, mert a súlyos betegség folytán,

maga az anya is erősen megviseltetik, a tej elapad, részben azért mert az anya bántalma, a ményiban fertőző természetű, átterjedhet a csecsemőre és annak hasonló megbetegedését hozhatja létre. Mint ilyen súlyos és egyúttal fertőző bántalmakat felemlítik a cholérát, a typhus abdominalist, a typhus exanthematicust, a dysenteriát, a variolát, a scarlatinát.

Ezzel szemben némely észlelő szerint, a tejelválasztás nem szünetel az említett súlyos fertőző bántalmak minden esetében és sem az anyákra, sem a csecsemőre nem háramlik valami különös kár, ha az anya betegsége tartama alatt szoptott.

Bemutatóndó esetünkre tekintettel TEMESVÁRY után, a typhus abdominalisban szenvedő nők szoptatására vonatkozólag említem meg, hogy a tejelválasztás a betegség I. hetében lassanként csökken, míg végül a II., III. héten teljesen megszűnik, de a defervescentia időszakában ismét helyre áll és az eddig más nőtől szoptatott, vagy mesterségesen táplált csecsemőt ismét anyjára bízhatjuk. A tejelválasztás ezután rendszeren egészen jó, minthogy a typhus-betegek a lábbadozó időszakban rendszeren fokozott étvágnak örvendenek. A typhus a tej útján átterjedhet az anyáról a csecsemőre, de a leírt esetek száma elég ritka, TEMESVÁRY a SCHÄEDLER, HÉRARD és UFFELMANN egy egy esetét említi meg.

A vezetésem alatt álló kolozsvári magy. kir. állami gyermekmenhelyben ápoltunk egy csecsemőt, a ki 1909 évi aug. 20.-ika óta a „lues congenita“ kifejezett tüneteit mutatta. A gyermeket saját édes anyja szoptatta. A lues kitöréséig a testsúly eléggé gyarapodott, de szept. eleje óta súlyapadás állott be 4000 gr.-ról 3700-ra, a gyermek lázas lett, testén itt-ott felületes tályogok keletkeztek, szept. 29.-étől ismét gyarapodás mutatkozott, a mely heti 20 és 230 gr. közt ingadozott s mely mellett a gyermek, fémálló ezemája daczára, nov. 29. éig 4450 gr. testsúlyra tett szert. Ezen a napon az anyjánál heves gyomor göresök és magas láz léptek fel, majd decz. 8.-ától fogva gyakori hasmenés és a kórkép a colotypus tüneteit mutatta.

A gyermeket decz. 5.-éig az anyja kizárólag szoptatta, de mivel a tejmenyiség már előzőleg is 600—700 sőt 800 gr. átlagról leapadt 311, 290 sőt 100 gr.-ra, pótlólag sterilis tejjel is tápláltuk. Az anyja állapota állandóan súlyos volt és teje erősen megapadt, napi 30 gr.-ra is lement és a gyermek a pótlék gyanánt adott sterilis tej daczára is rohamosan apadni kezdett, luese miatt más nőnek szoptatás végett oda adni nem lehetett és így egy darabig, decz. 25.-éig, még az anya emlőjére helyeztük, ettől a naptól fogva kizárólag mesterséges táplálékra fogtuk, eleinte  $6 \times 100$  gr. sterilis tejet nyújtottunk, majd a folytonos fogyás miatt decz. 26. tól naponta egyszer I. THEINHARDT lisztes tejet adtunk, Jan. 17.-étől II. THEINHARDT lisztes tejjel tartottuk és 18.-tól ismét az anya emlőjére helyeztük,

mivel az anya javulni kezdett és teje ismét megjött, 24.-étől, mely napon az anyatej ismét 470 gr lett, kizárólag anyatejjel tápláltuk. Az anyja betegsége eközben jan. 2.-án véget ért, jan. 10, 11 és 12.-én volt ugyan egy kis recrudescencia, de azóta láztalan maradt. A gyermek maga is decz. 20.-án lázas lett, bántalmának jellege nem volt biztosan megállapítható, mert testén újból nagyszámú furunculus jelentkezett, hasmenésben is szenvedett, de, hogy typhusa volt-e vagy sem, azt nem tudtuk megállapítani; láza jan. 27.-én véglegesen megszűnt. Az aztáni időkben is még számos furunculusa támadt, csak febr. 7.-én 14 furunculus nyitott meg és utoljára febr. 18.-án is egy furunculus megnyitása vált szükségessé, hasmenése is még a láz megszűnése óta februárius 18.-áig fennállott. A gyermek, ki februárius 13.-áig 3070 gr.-ra lefogzott, csak ottól a naptól fogva kezdett helyre jönni és jelenleg lassú gyarapodásban van, élénkebb arca teltebbé lesz.

A folyó hó 24.-én vett vérből a WIDAL-reactio positiv volt, sőt az anya vére rögtönös agglutinációt hozott létre. Az anya a klinikus tünetek szerint mindenben súlyos colotyphus tüneteit mutatta és ezt a WIDAL-reactio megerősítette.

Esetünknek érdekességet ad az a körülmény, hogy mi a hőmérséklet, testsúlyt és a napi tejmennyiséget, — amint az, intézetünkben minden egyes csecsemőnél végre lesz hajtva — az anya megbetegedése előtt is mértük és így az anya betegségének befolyását a tejmennyiségre és a testsúlyra, kezdettől fogva megfigyelhettük.

Ez esetünkből több idevonatkozó következtetést vonhatunk le:

1. Esetünk bizonyítja azt, hogy a szoptató nő nem mentes a typhus abdominalis vírusával szemben. Hogy az anya miképen fertőzte magát, az előttünk ismeretlen. Az 1904 óta fennálló és működő intézetünkben typhus esetet még eddig nem észleltünk. Az anya megbetegedésével egyidejűleg egy 13 éves leányka feküdt szintén colotyphussal s februárius eleje óta egy 11 éves leányka szenved typhusban. Összesen tehát három, illetve négy typhus eset. Az első két egyén hetekkel betegségük előtt nem volt távol az intézettől, vízvezetékünk typhusmentes, úgy, hogy valószínűleg a táplálékkal került a fertőző anyag az intézetbe.

2. A beteg anya emlőjén hagyott csecsemő fertőzve lett. Miután a csecsemő hőmérséke napról-napra mérve lett, betegségének kezdetét pontosan meg lehet állapítani és kitűnik, hogy a csecsemő megbetegedése 1909 december 20.-ára esik, vagyis az anya megbetegedése után kb. 22 napra s az anya betegségének diarrhoikus szaka után 12 napra. A betegség kezdetét azonban a lázgörbe alapján november második hetére kell tennünk, arra az időre, mikor a betegség a tejmennyiség csökkenésében is nyilvánult. A csecsemő infectióját tehát el lehetett volna kerülni, ha ebben minket, egyrészt

annak bujakórja, másrészt a mesterséges tápláléktól való vonakodása, meg nem gátoltak volna. A typhus abdominalis lappangási idejéről nincsenek saját tapasztalataim s jelen esetben arra vonatkozólag következtetést nem vonhatok.

3. Általában elfogadott dolog, hogy az 5 éven alóli gyermekeknél előforduló typhus abdominalis lázmenete abban tér el a nagyobb gyermekek és felnőttek lázgörbéjétől, hogy a betegség kezdetén a hőmérsék hirtelen felemelkedik s kb. 2 heti tartam után elég gyorsan száll alá. A mi 6 hónapos csecsemőknél lassú emelkedést s lassú alászállást tapasztaltunk, a lázas időszak pedig 38 napig tartott. Ez alapon mi a fenti különbséget nem fogadhatjuk el általános érvényűnek.

4. Az anya tejmenyisége, betegségének kezdetétől fogva, apadt. Ez apadás kb. 3 hétig tetemes volt, de nagyobb csak a magasabb láz és gyomor-béltünetek felléptekor, valamint a sovány diacsa után lett. A gyermek szopási kedvét megtartotta, egészen megbetegedésének kezdetéig. Úgy, hogy az anya tejproductiójának elapadását tulajdonképen a csecsemő szopási kedvének és erejének elgyengülése idézte elő. E tekintetben megfigyelésünk hézagos, mivel a gyermek megbetegedése a szoptatást az anya egész betegsége alatt lehetetlenné tette. Az sem volt megtudható, vajjon a stadium defervescientiae időszakában megjött-e újra az anya teje.

A mi esetünk inkább azt bizonyítja, hogy az anya tejtermelésének visszatérése, az anya szervezetének restitutiójával esik össze.

5. A napi tejmenyiség pár nap alatt oly nagy lett, hogy azzal, a 3 kgr.-nál valamivel nehezebb csecsemő, beérhette. Megfigyelésünk bevégeztekor, 1910 februárius 24.-én a reconvalescens anyának bő teje volt, úgy, hogy saját gyermekének szükséges napi mennyiségén kívül még elég sok tejet lehetett emlőjéből nyerni.

Hozzászól: SZABÓ DÉNES.

II. STEINER PÁL előadása: „*A functionalis veseliagnostica a sebészet szolgálatában.*“ (L. Értesítő 1—25 l.)

Hozzászól: JANCsó MIKLÓS, ELFER ALADÁR.

## VII. szakülés 1910 márczius 5.-én.

Elnök: KLUMÁK ADOLF.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. GÓTH LAJOS előadása: *Válogatott fejezetek a méhfüggelékek lobos bántalmái köréből.* III. *A vérzéviszonyokról.*

Hozzászól: ÁKONTZ KÁROLY.

II. PURJESZ BÉLA: *A vérsaró antitrypsines tulajdonságáról* és annak klinikai jelentőségére vonatkozó vizsgálatairól számol be.

Vizsgálatai során a mások által is talált eredményt kapja. A vérsavó antitrypsinés képessége a serumalbuminhez s nem globulinhoz van kötve,  $\frac{1}{2}$  órán át  $56^{\circ}$  C. tartva gátló tulajdonságának körülbelül  $\frac{1}{3}$ -adára száll alá. Állás után szintén veszt értékéből.

A vizsgálatot a kaseines methodussal végezte. A carcinómások vérsavójának vizsgálatán kívül, más acutus és chronicus megbetegedésben szenvedőknél is, azonkívül hasüri, mellüri, szívburokbeli folyadékon is végzett hasonló irányú vizsgálatot. A carcinómások vérsavójának a legtöbb esetben megnagyobbodott gátló képessége van, de normalis vagy azon alóli értéket is adtak. A fertőző megbetegedéseknél is magasabb szokott lenni a gátlás hatása, a mi azonban gyakorlati értelemben nem jelent oly fontosságot. Ép ezért a carcinómásoknál még a bizonyos arányszámban előforduló anti-trypsinés érték megnagyobbodását is fontos adatnak kell tekinteni, miért is ezen reactio gyakorlati alkalmazása elől kórismeai szempontból nem zárkozhatunk el.

### VIII. szakülés 1910 márczius 12.-én.

Elnök: PURJESZ ZSIGMOND.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. STEINER PÁL: „Hegben fejlődött bőrhámrák a lábön és a lábszáron.“

50 éves nőbetegnél 31 év előtt a jobb láb hát és lábszárra kiterjedő phlegmone miatt bemetszések történtek, a melyek 3 hó alatt gyógyultak meg. A phlegmone helyét a láb kisújjai szélén és a külső boka alatt feltenyéryni vastag heg mutatta. 15 hó előtt vette észre, hogy a heg széle duzzadt, fájdalmas lett, a duzzanat reáterjedt az egész hegeterületre, kisebesedett, majd elhagyta a heg régi határait, a láb szára is reáterjedt. Ezen terület, a melyen ezen fokélyesedési folyamat végig vonult, fehér felületes heggel gyógyult, kivéve az eredeti régi heg területét. Itt a külső boka körül gyermektenyéryni terjedelemben apró lencse-filléryni, felhánt szélű fekélyek ülnek, ilyen fekélyek köralakban vonulnak végig a külső bokától a belső bokáig a lábszár alsó harmadán át, mindenütt a frissebb fehér heges terület szélén.

Ezen esetben tehát hegben fejlődött hámrákkal van dolgunk.

Köztudomású, hogy hegek, fekélyek, idülten elváltozott bőr hajlamosok a rákos burjánzásra és épp a végtagok bőrének rákja ritkán jelentkezik addig ép bőrben. Bruxs klinikáján 46 esetből 41 fejlődött kóros bőrön, főleg hegekben, fekélyekben. Ezen rákoknak, mint a mi esetünkben is, megvan a tendentiája a zsugorodásra és behámosodásra, de ez még nem azonos a gyógyulással, miként azt itt is látjuk, a hol nagyterjedelmű friss heg mellett a széli részeken

a rák propagálása észlelhető. Jellegző a mi esetünkben, hogy a rák 30 évvel a hegek fennállása után keletkezett, Bruns figyelmeztet arra, hogy rendszeren 20 év telik el, míg a heg rosszindulatúan burjánzik. Esetünkben a tájéki nyirokmirigyek nem duzzadtak; a műtét a heges terület és a rákos fekélyek excisiójában, a tájéki mirigyek kiirtásában fog állani. A próbakimetszés szövettani vizsgálata elszarvuló laphámrákot mutatott.

II. GÓTH LAJOS bemutatása: „*Hermaphroditismus esete újszülöttnél.*“

A hermaphroditismus tudvalevőleg nem igen gyakori jelenség, az egész világirodalom alig gyűjtött 500-nál több esetet össze, de ezen ötszáz között is elenyésző csekély számban konstatálták már az újszülöttnél a fejlődési rendellenességet, mert rendszerint nem annyira feltűnő a különbség, hogy különösebben gondos megvizsgálás nélkül is magára terelné a figyelmet. Az esetek túlnyomó számában azt látjuk, hogy csak felnőtt korban, vagy véletlen körülmények által felidézett tüzetes megtekintés alkalmával (pl. operatióknál), vagy pedig a sexualis élet megkezdésével előálló felszeg helyzetek miatt végzett vizsgálatok alkalmával deríttetnek fel.

Erre való tekintettel a következő eset kétszeresen érdemesnek látszik a bemutatásra:

Egy 20 éves, először szült nőnek 5 napos újszülöttéről van szó. Az újszülött egyébként elég rendszeren fejlett, hossza 49 cm., súlya 2700 grm.

A nemű szervek vizsgálatánál feltűnik, hogy egy egészen penisszerű képlet emelkedik ki, melynek glansát a praeputiumszerű bőrrödő nem fedi teljesen, azonban előrehuzva egészen beborítja. Alsó felületén egy kb. 2–3 mm. széles barázda halad végig, éles szélekkel, majdnem egy felhasított esatornára emlékeztetve. A csatorna tövében kis nyílás látható, melyből vizelet ürül, e mögött hymenszerű körkörös redővel körülvett sondafejnyi nyílás látható, mely kb. 7 mm.-nyi mély vak tasakba vezet.

Ezen lelet alapján kétségtelenül hypospadiasis esetével állunk szemben, azonban eldöntendő volna az, hogy vajjon csak tisztán hypospadiasisról van-e szó, vagy még más fejlődési rendellenesség is megállapítható, másfelől már abból az egyszerű okból is, hogy az anyakönyvi hivatal ilyen értelemben értesítendő, eldöntendő az, hogy férfi- vagy női hypospadiasis van e jelen.

A két kérdésre egyidejűleg válaszolhatunk, mivel a hypospadiasis és az ú. n. „hermaphroditismus“ között a különbség csak facultatív.

„Úgynevezett“ hermaphroditismust mondok, mert valódi hermaphrodita alatt, természetrajzi értelemben, olyan egyént kellene érteni, a kinél úgy a férfi, mint a női ivarmirigyek ki vannak fej-



lődvé. Ilyen eset eddig embernél kimutatva nincs, valószínű, hogy soha nem is lesz, mivel különeműséget még egy petéből származó ikreknél sem észleltek soha.

Hermaphroditismus, vagy ha úgy tetszik, pseudohermaphroditismus alatt, emélfogva még az elnevezés köznapri értelmében is csak azt lehetne érteni, hogy valakinél az egyik nemnek megfelelő ivarmirigyek mellett, a másinak megfelelő külső genitale találtassék, vagy megfordítva s ennek alapján kellene a pseudoherm. masculinis és femininust megkülönböztetni. Ha azonban akár a saját eseteinket, akár az irodalomban ismertetett eseteket figyelembe vesszük, azt látjuk, hogy még ez sem fordul elő, mert a külső nemirészek nagyon hasonlíthatnak az egyik, vagy a másik nemnek megfelelő képhez, de teljesen sem egyiknek, sem másinak meg nem felelhetnek. Ezt az állítást nagyon könnyen és röviden bebizonyíthatom, ha arra utalok, hogy tisztán a külső genitale vizsgálatából, ha az kellő gondossággal történik, mindig meg tudjuk azt mondani, hogy a vizsgált egyén hermaphrodita-e, vagy nem.

A mit nem tudunk mindig megmondani az, hogy a „hermaphroditának“ felismert egyén férfi-e, vagy nő.

Mert azzal, hogy az illető in ultima analysi feltétlenül vagy férfi vagy nő, szintén tisztában kell lenni; az, hogy valaki egynemű se legyen, éppen úgy nem létezik, mint az, hogy kétnemű legyen egy és ugyanazon egyén, s átmeneti alakok, „sexuelle Zwischenstufen“ anatomiai értelemben nincsenek. Azt pedig, hogy az illető férfi-e vagy nő, mindig az ivarmirigyek mineműsége, nem pedig a külső nemi részek képe dönti el, mert lássuk, hogy hogyan áll a külső genitale kérdése.

A külső nemiszervek (ivardudor, belső és külső ivarredők) a kloaka-gödör környezetéből származnak. A gödör mellső végéből nő ki az ivardudor, miáltal az egész hasadék hosszanti irányban kihuzatik, mellső határát az ivardudor csúcsa képezi. Kezdetben a dudor erősen meghosszabbodik s kb. a 12. hét tájékán a két nemnél kb. egyenlő hosszúságú, úgy, hogy ebben az időben a női dudor is teljesen penisszerű.

Körülbelül 2,5–5,0 cm. hosszú embryumoknál mindkét nemnél a dudor kb. 2 mm.-nyi kiemelkedés, melynek mellső végét a többi részétől egy körkörös barázda különíti el. Ezen elkülönített részből képződik a glans, a barázdánál pedig a praeputium. Ugyanis az említett barázda proximalis határán levő kis kiemelkedésből egy, végül az egész makkot beborító bőrréteg emelkedik ki.

A praeputium mindkét nemnél egyformán fejlődik ki, a redő 5½–7 cm. hosszú ébrényeknél válik először láthatóvá, 12–14 cm. hosszúságnál már az egész makkot fedi, csak csúcsát hagyja szabadon.

A praeputium a glansról csak később válik el, olyanformán, mint, a hogy a hüvely lumene kiképződik, t. i. a makk és fityma között levő epithelsejtek szétesésével. A leírt szerkezet elérése után a glans éppen úgy, mint az egész dudor a női nemnél visszamarad a fejlődésben, miáltal utóbbi a nagy ajkak közt mindinkább eltűnik, körülbelül 20 cm. testhosszúságtól kezdve pedig a clitoris az idősebb foetusokra és újszülöttekre jellemző viselkedést mutatja.

Férfiaknál a kloaka a végbél és húgycsőnyílás kivételével teljesen záródik, nőnél csak a gát terjedelmében nő össze. A mellső nyitva maradó részletből lesz a szeméremrés, a kloaka széle idecső részleteinek, az ivarredőknek megvastagodásából képződnek a kis ajkak, melyek ennél fogva, fejlődésüket tekintve, nem nyálkahártya, hanem bőrképletek.

A kloaka két oldalán már 18—22 mm hosszú embryumoknál két gömbölyded ráncz látható, ezek a külső ivarredők, melyek úgy mell- mint hátrafelé megnyúlva 3—4 cm-es embryumnál már az ivardudor basisát is körülfojgják, hátul pedig a gát kiképződése után azonnal egyesülnek. Ezek képezik férfiaknál a scrotumot azáltal, hogy a kloaka záródása után a rhapsheban egész hosszúságukban összenőnek. Nőknél nem nőnek össze, hanem a nagy ajkakká alakulnak át.

A mint az elmondottakból látható, a külső nemi részek fejlődése a méhenbelői élet első 12 hetében nem mutat felismerhető különbséget, a két nem eltérő bonczatani szerkezete értelmében való differentiálódás csak azután indul meg.

Ennél fogva, ha mi azt látjuk, hogy valamely adott esetben az elkülönödés nem jutott arra a fokra, hogy az illető egyén nemi részei egyik vagy másik nemnek teljesen megfeleljenek, az ilyen egyéneket nevezhetjük „hermaphroditáknak“, vagy „pseudohermaphroditáknak“, de voltaképpen csak olybá tekinthetjük őket, hogy a külső nemi részek elkülönítése megállott azon stadiumok valamelyikében, a melyek egy a 12. hetet még meg nem haladott ébrény fejlettségének felelnek meg.

Az pedig, hogy a hypospadiasis és a hermaphroditismus között csak fokozati különbség, azért állíthatom, mivel a hátsó húgycsőfal elzáródásának elmaradása, vagyis az urogenitalis megfelelő részének nyitva maradása szintén csak a fennebb vázolt fejlődési folyamatnak egy bizonyos phasison való megakadása.

Annak eldöntése, hogy a bemutatott újszülött milyen neműnek minősítessék, szerfölött nehéz.

Már más alkalomkor is kifejtettem, hogy FRITSCH ama állítása, (Gerichtliche Geburtshülfe, MÜLLER Hdb. 3. P. 676.) hogy beható vizsgálatnál a nem eldöntésének mindig sikerülnie kell, túlságosan optimistikus, s hogy igazat kell GEBHARD kijelentésének adjunk,

mely szerint élőben ezen meghatározás sokszor nem is sikerül. (Pathologische Anatomie der weibl. Sexualorgane, P. 576.) Kétszeresen igaz azonban ezen állítás újszülöttöknél, a hol részint a szervek kis méretei, részint azon körülmény, hogy erectiók és ondóürülés, vagy a másik oldalról a menstruatio még nincs, nem terelhetik vizsgálatunkat a helyes irányba. Azonkívül a másodlagos nemi characteres jelek kifejlődésére sem került még a sor.

A bemutatott esetet hosszas megfontolás után mégis fiúnak tartjuk a következő okokból:

1. A penis rendkívül fejlett volta miatt, a clitoris ilyen fokú hypertrophiája a legnagyobb ritkaságok közé tartozik s még egyáltalában kérdéses, hogy azon csekély számú, homosexualis hajlamú nőknek tartott „tribadák“, a kik nőkkel hypertrophiás clitorisuk felhasználásával közösülni tudtak, nem-e bizonyultak volna megfelelő anatómiai vizsgálatnál nagyobbbrészt heterosexuales hajlamú hypospadiacusoknak, vagy ha úgy tetszik, pseudohermaphrodita femininának.

2. A jelenlegi külső urethranylás a vaginának minősíthető tasaktól elkülönítetten, az előtt foglal helyet, úgy imponálva, hogy a pars membranacea külső nyílásának felel meg, a hypospadiasisos rész pedig ettől előre folytatódván, a pars cavernosa nyitva maradt részét representálja.

3. Női hypospadiasisnál a női húgyeső hátulsó falának egy része, más szóval a septum urethro-vaginale, tehát látszólag a hüvely mellől falának egy részlete marad nyitva.

4. Ehez vehetjük AHLFELD ama tanácsát, hogy kétes esetekben mindig férfinak kell az illető egyént minősíteni, (Die Missbildungen des Menschen. II. P. 244.) mert majdnem kivétel nélkül a külső és belső genitale pervers és csalódáshoz vezető képződését a férfi nemi részeken megmaradó hasadékképződés és a nemi részek női részleteinek továbbfejlődése okozza.

Az, hogy a bemutatott esetben a „herezacskók“ üresek, nem bizonyít eme felfogás ellen, mert ilyenkor nemesak a heréknek a canalis inguinalisban való állása, hanem a hasüregben való maradása is igen gyakori dolog és viszont azt sem szabad elfelejteni, hogy kivételesen ovariumok is sülyedhetnek a nagy ajkakig.

Annak bizonyítására, hogy esetünkben nem csak egyszerű hypospadiasisról, hanem a szó közkeletű értelmében vett hermaphroditismusról van szó, a hymenszerű széllel ellátott vaginaszerű tasakra hivatkozom, a fok pedig, a melyen a nemi részek kikülönülése megállott, az ébrényi fejlődés 8-10 hetének felel meg. Annak illusztrálására, hogy a hypospadiacus és „hermaphrodita“ között nincs a lényegbevágó különbség, megemlítem MARTINI következő, egy hypospadiacusról elmondott esetét:

Egy fiatal asszony a tauchai kir. törvényszéknél panaszt emel, hogy Mörker nevű bábája a terhessége alatt vizsgálatot végezvén, hirtelen a panaszosra vetette magát és megkísérelte vele férfi módjára a közösülést. A midőn e panasz köztudomásúvá vált, még több asszony jelentkezett hasonló váddal. A törvényszéki orvosi vizsgálat kiderítette, hogy a „bábaasszony“ egy hypospadiæus, kis átfuratlan penissel, a sinus urogenitalis nyílása egy újat átbocsátó, húgycsőnyílás a sinus urogenitalis felett foglal helyet. A vádlott férjnél volt, de mindig vonzódást érzett a nő iránt. Bár állásától megfosztották, továbbra is női ruhát viselt és practisált. Lakóhelyén továbbra is nőnek tartották és állásától való megfosztását bosszúművének minősítették.

*Hozzászól:* KENYERES BALÁZS és SZABÓ DÉNES.

III. GENERSICH GUSZTÁV előadása: „*A kanyaróról járványtani szempontból.*“ (L. Értesítő 40—60 l.)

### IX. szakülés 1910 márczius 19.-én.

Elnök: PURJESZ ZSIGMOND.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL

I. PURJESZ BÉLA a *paratyphus* és fertőzés egy esetéről számol be, melyet a beteg vérsavójának és a székből, vizelettől kitenyészett bacillusokkal fertőzött nyulak vérsavójának biológiai tulajdonságai, valamint a kitenyészett bacillusok culturai viselkedésével bizonyít.

*Hozzászól:* KONRÁDI DÁNIEL.

A paratyphus A. és B. elnevezés tudvalevőleg azon alapszik, hogy az A. typhus közelebb áll a valódi typhushoz, mint a B. typhus. Hogy ez csakugyan így van, arra legújabban a Centralbl. f. Bakteriologie febr. 9.-iki számában KÜHNEMANN morfológiai bizonyítékot hoz fel. Szerinte a paratyphus A. csillói számra, nagyságra igen közel állanak a valódi typhushoz, ellenben a paratyphus B. csillói számosabbak, hosszabbak, hullámos lefolyásúak és a szomszédaikkal való összekapaszkodás által valóságos hálózatot alkotnak, a melyben az egyes bacillusok mintegy bevannak ékelve. Ezt látva, a közleményhez mellékelt fényképekből, hozzászóló kért az előadótól a szóban forgó bacillustenyészetéből, hogy a hallgatóságnak demonstrálhassa a csillófestés alkalmával KÜHNEMANN állítását. A LÖFFLER-féle módszer szerint festett készítményen azonban az tűnt ki, hogy a szóban forgó bacillus csillói számra, hosszúságra és a hálózat alkotás szempontjából inkább a paratyphus B.-nek felelnek meg. Szükségesnek tartja ennek a kérdésnek a további tüzetes vizsgálatát, mert fontos dolog volna, ha csakugyan sikerülne morfo-



logiai különbségeket is ismerni a biológiai és serológiai módszerek mellett a különböző paratyphus törzsek elkülönítésénél.

II. HEVESI IMRE: „*Spasmusos bénulások gyógyítása rhizektomia spinalis posterior (Foerster-féle műtét) segítségével.*“

A FOERSTER által elméleti alapon megtervezett s ajánlatára először TIETZE által végzett érző ideggyök kimetszés eszmemenete a következő: Pyramispálya megbetegedésnél két okból támad mozgászavar. 1. A beidegző pálya megszakítása miatt a gerinczvelő szürke állománya nem kap mozgató impulst az agykéregtől. Innen van a bénulás, az önkénytes mozgások hiánya. 2. A gátló befolyás elestével a gerinczvelő fokozott reflex-ingerlékenysége a spasmusos tünetekben nyilvánul. Sokszor ezek a javulás főakadályai, mert a segédpályák begyakorlását nehezítik, különösen az együttmozgások és a spasmusos izomkontrakturák. Előbb ezeket kell megszüntetni, a mi bizonyos válogatott reflexkörök megszakításával érhető el. A reflexkört mesterségesen a gerinczvelői hátsó gyököknél lehet csak elkülönítve megszakítani ezen gyökök kimetszése által. A műtétet eddig kevés esetben végezték: 13 közül 2 végződött letálisan. Radicotomia helyett jobb lenne rhizektomia névvel illetni.

Demonstrálja a paraplegia cerebralis infantilis congenita tüneteit egy 21 éves férfibetegen a sebészeti klinikáról. Ez műtét előtt áll.

Bemutatja egy 11 éves leánybetegét, kinél a műtétet 1910 januárius 26.-án végezte a helybeli Vöröskereszt kórházban.

Ennél azelőtt a czombokat egy irányban sem lehetett mozgatni, egymáshoz voltak szorítva, a félig hajlított lábszárat nem lehetett sem feszíteni, sem tovább hajlítani; az Achilles-inaknak 5 év előtt történt megnyújtása daczára a láb dorsalflexiója nem volt kivihető. Achillesin-, patella-, hajlító talpreflex fokozott; OPPENHEIM-, BABINSKY-, STRUMPELL-tünetemény pozitívus; lábclonus. A reflexek még a túloldalón is göresös mozgásokat váltanak ki. Izolált mozgások lehetetlenek. A bántalom születés óta áll fenn. Szülői egymással inokatestvérek. Intelligencia dolgában a beteg nagyon elmaradt.

Kimetszett jobboldalon a 2., 4. lumbális és 1. sacralis, baloldalon a 2., 3., 5. lumbális és 2. sacralis hátsó gyökökből 2—5 cm. hosszú darabokat egyidejűleg. Csak a dura bevarrását halasztotta másnapra. Az első hetekben mérsékelten folyt, illetve szivárgott liquor. Sebgyógyulás a drain helyén kívül per primam, a liquor-szivárgás megszüntével a 3. héten ez is beforrt. Az izommerevség és a fokozott reflexek, az együtt mozgások a műtét után rögtön megszűntek. Érzészavar, motoros bénulás nem mutatkozott. Természetesen még hosszas gyakorló kezelésre lesz szüksége, hogy jól koordinált mozgásai legyenek, de már most kezd támasz nélkül járni.

Leülni, fölkelni, ágybafeküdni, ott megfordulni magától tud, a mire azelőtt nem volt képes.

III. FELTER IGÁZCZ: „*A tbc. bacillus kimutatása köpetben, újabb homogenizáló eljárások segélyével.*“

A tüdőtuberculosis diagnózisát egyedül a köpetben kimutatott tbc. bacillus biztosítja. Klinikailag kifejezett tüdő-tbc. esetekben nagy számmal találunk is a köpetben bacillusokat. Incipiens esetekben vagy tbc. miliarisnál vagy egyáltalában nem, vagy csak kis számmal. Ilyenkor egyszerűen felkent készítményekben keresni bacillusokat fáradszó s hosszadalmas. BIEDERT, CRAPLEWSZKY már 86-ban lúggal való felfőzés által homogenizálják a köpetet s az üledékben keresik a bacillust. SORGO homogenizálásra a hydrogeniumsperoxydumot használja. SPENGLER pankreas nedvvel, pepsinnel emészteti a köpetet. Ujában HAMMER ötszörös mennyiségű 1% lúgos ammoniával végzi a homogenizálást. A sűrű folyadékot a könnyű fajsúlyú azetonnal hígítjuk. A centrifugált üledéket vizsgáljuk bacillusra. Az eljárás eredménnyel jár, azonban hosszadalmas a 1/2 órás centrifugálás miatt. Nagyon nyákos köpetet néha nem tudunk hígán folyóvá tenni, nyúlós, sűrű marad, úgy, hogy centrifugálni lehetetlen. A microscopiumi képben a bacillusokat összezsapzódva, sűrű csomókban látjuk, a mi a tájékozódást minden irányban nehezíti. ELLERMANN s ERLANDSEN az ők u. n. *kettős* eljárásukban az emésztést lúggal való felfőzéssel egyesítik. A köpetet félannyi mennyiségű 0.6% Na CO<sub>3</sub>-al 37°-nál 24 óráig autodigestiónak teszik ki. A képződő üledéknek 1/2% káli-lúggal való felfőzése után a rázadékot vizsgáljuk. Az eljárás nagyon szép eredményeket ad. Hátránya, hogy thermostatumra, centrifugára van szükség. Nyákos köpetnél néha a 24 órás autodigestio sem elég, genyes köpetnél pedig az emésztés után oly sok üledéket kapunk, hogy az emésztés haszná illuzoriussá válik. HÜXE neu-antiformin (111% Na OCl, 56% KOH) ugyanakkora mennyiségével homogenizálja a köpetet, majd 1—2-szeres mennyiségű absolutus alkoholt ad hozzá s a képződött csapadékot centrifugálva, 2—3 csepp eezet-savval való közönbösítés után víz + aether aa. keverékkel rázza ki. A víz s aether határán levő rétegből készített praeparatumban tényleg sokkal több bacillust kapunk, melyek azonban szemesesek, sérültek, könnyen színtelenödnék. Az eljárás elég hosszadalmas.

Legjobb eredményeket adja a BERNHARDT-féle *antiformin-ligroinos* eljárás. Négyeszeres mennyiségű 20% antiforminnal (6% Na OCl, 7.4% KOH) való homogenizálás után kevés ligroinnal rázzuk jól össze a folyadékot. Az antiformin s ligroin határán 1 órán belül (60—65°-os vízfürdőben előbb) szürkés-fehér réteg képződik. E rétegből kacsasal veszünk, benne keressük a bacillusokat. Mi igen jó eredménnyel kacs helyett gummisapkás pipettával szívunk fel a rétegből. Ha az alsó, homogenizált részből, vagy a felső, ligroinos részből

keveredett is hozzá, — a bacillustartalmú réteg a pipettában is gyorsan a két másik réteg között helyezkedik el, úgy, hogy az alsó rész kinyomása után az utána következő bacillustartalmú réteget könnyen vihetjük tárgyuvegre. E BERNHARDT-féle eljárással több bacillust kapunk, mint bármelyik mással. A látótérben pár alakatlan ezafaton kívül, csupán a kissé duzzadtabb bacillusokat látjuk. Az eljáráshoz sem thermostatum, sem centrifuga nem kell. Egyszerű, rövid ideig tartó, olcsó, kétségkívül sok hasznot remélhetünk tőle különösen a phthisis incipiens idején való diagnostisálásában.