

## Jegyzőkönyvek

az Erdélyi Múzeum-Egylet orvos természettudományi szakosztályának  
orvosi szaküléseiről.

Elnökök: LÖTE JÓZSEF tur.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL dr.

### *IX. szakülés 1902. évi október hó 31-én.*

1. MALOM DEZSŐ dr. az egyetemi szülészeti kórodán folyó évi október hó 26-án született torzot mutat be.

Gy. R., 20 éves hajadon, eseléd, I. P., kitől a torz származik, jól fejlett csont- és izomrendszerrel bír és rendes méreteket mutató medenczével, teljesen egészséges, ép szervezetű. A 4 hetenként ismétlődő, 3 napig tartó havi vérzését 15 éves korában kapta. Beteg soha sem volt, két élő testvére egészséges, ép testalkatú, kik közül egyiknek 2 élő egészségesen, épen fejlett gyermeke van.

Nevezett nő szülése a magzat I. koponya tartása mellett rendes módon folyt le, kb.  $\frac{1}{2}$  órai kitolási időszakkal. A rövid kitolási időszak és téres medenczének köszönhető, hogy a magzat feje a szülés alatt majdnem semmi alakváltozást sem szenvedett, miért előadó azon szerencsés helyzetben van, hogy a ma már 5 napos újszülött fejét teljesen olyan alakkal mutathatja be, mint a milyennel az közvetlen a szülés után bírt.

A leány magzat súlya 3750 gr. volt, melyből máig 250 gr.-ot veszített; hossza 53·5 cm. Fejméretei közvetlen szülés után: kerület = 31·3, nagyharánt átmérő = 8·5, nagy ferde = 14·2, egyenes = 10·6, kis ferde = 10·6 cm. Ezen átmérők jelen 5-ik napig alig változtak pár mm.-t.

Az újszülött fején az arc semmi eltérést sem mutat a rendestől, míg a koponya homloki részének difformitása már messziről feltűnik. A normalisan fejlett szemöldívek fölött kb. egy újjnyi szélességben a homlok a rendes képet mutatja, e helyen harántúl egy mély bőr ráncz látható, mely fölött a homlok majdnem tarajszerűen elődomborodva, meredeken kicsúcsosodva halad fölfelé, majd csaknem derékszögben hajlik át a koponyatetőbe. Megtapintásnál homlokvarrat nem érezhető, valamint nem érezhető a homlok-kutacs és koszorúvarrat sem. (Korai elcsontosodás?) A két oldalról mérsékelten összenyomott, s így a rendesnél jóval szűkebb homlok, mint valamely daganat ül a koponya mellső részén. A nyakszirt-varrat két szára nem a szokott iránynyal (hátra- és felfelé)

halad, hanem csaknem függélyes irányban fölfelé; a meglehetősen tág nyilvarrat mellfelé szűkül s azon helyen, hol a homlokkutacsot kellene találni, nyoma vész. Az egész koponya a rendesenél kisebb és rövidebb (kerület = 31,3, egyenes átmérő = 10,6 cm.)

A homlok rendellenes képződéseire vonatkozólag 3-féle esetet ismerünk :  
 a) a homlokcsont kettőzését (FÖRSTER írt le ilyen esetet).

b) járulékos csontokat, melyek a varratok- vagy kutacsokban székélnek (Schaltknochen, Nahtknochen, Oss. Wormiana).

c) a homlokkutacs elcsontosodását, mint a legtrikább esetet.

Az említett esetek közül az első, mint a melynél a homloknak épen harántirányban való kiszélesedését várhatni, (a mint az látható is a würzburgi kórbonczani gyűjteményben őrzött FÖRSTER által leírt praeparatumon) előadó elejtendőnek véli a bemutatott újszülöttnél. Hogy a másik két eset közül jelen újszülöttnél melyik fog fenn, vagy a leírt difformitásnak végső oka mi? — azt legfennebb a sectio deríthetné ki. Éppen így vitás lehet a kérdés, hogy ily difformitas mellett milyen magatartást mutat az agy fejlődése? Előadó szerint, tekintve a homloknak szűk voltát, a homloklebenyek hiányos fejlődését lehet sejtteni.

Bemutatott újszülöttnél még egy más eltérés található a bal kéz hüvelyk-ujján. A hüvelyk kb. rendes fejlődést mutat, azonban kézközépi csontja nem izesül a kéztöcsontokon — az egész ujj szabadon lóg. Előadó szerint valószínűleg egy amiotikus szálág által előidézett változás, habár a megszületett burkokon semmi változás sem volt észlelhető.

2. DEMETER GyÖRGY dr. három beteget mutat be a bőrgyógyászati klinikáról, a kiket múlt év november hó 14-én vettek fel „*Favus capillitii*” diagnossissal. Érdekes esetek, mivel mindeniknél más-más kezelés lett a kórodán tartózkodás alatt alkalmazva, épen azon czélzattal, hogy azoknak hatását egymással összehasonlítani lehessen. A betegek 1901. november 14-től 1902. április 1-ig tartózkodtak a klinikán, és ez idő elteltével azon utasítással lettek kibocsátva, hogy pár hónap mulva ismét jelentkezzenek. Az illetők — három testvér, P. Tódor 14 éves, P. Sándor 9 éves, P. Onucz 11 éves, — tényleg f. év okt. 27-én meg is jelentek újból a klinikán. Mind a háromnál recidiva jelentkezett, a min senki sem fog csodálkozni, a ki tudja, hogy mily nagy nehézségeket gördít ezen bántalom a gyógykezelés elé; hisz az achorion gombák nem csak a bőr felületén, hanem a szőrtüszők mélyében is tenyésznek, átburjánóznak nem csak a hajakat, hanem annak gyökhüvelyeit is és még az utolsó gombát el nem távolítjuk, vagy meg nem öljük, addig a bántalom mindig kiújulhat. Az érdekes azonban az volt, hogy e három különböző módon kezelt betegnél a recidivák intenzitása tekintetében igen szembeötlő különbségek mutatkoztak. A favus kezelésénél a földolog természetesen a gombák eltávolítása s illetőleg elpusztítása. Ezt különböző módon érhetjük el. Mindenik eljárásnál első dolog a pórkök, scutulumok eltávolítása, a mit legegyszerűbben olajjal (2% naphtol, 1—2% acid. salycil.) való áztatással érhetni el. Azonban a hajtüszők-, hajgyökökben fészkelő gombák eltávolítása ezzel nem sikerül, szükséges ezért még

az egyes kóros tüszőkben ülő hajakat kihuzogatni, a mit kézzel való epilatióval érhetünk el, vagy szurok sapka alkalmazásával, amit narcosisban huzunk le. Az ily módon hozzáférhetővé tett területeket antimycoticus szerekekkel kezeljük. Kórodánkon e célra e szerekek legkiválóbbikát a chrysarobint alkalmazzuk 5—10% vaselines kenőcs alakjában, a kenőcsöt nagyobb szőrcesettel begyömöszöljük a tüszőkbe, a kezelést többször ismétljük. Ily módon kezeltetett P. Tódor 14 éves gyerek, a ki 21 ilyen esetelést kapott. Most nála itt-ott egy pár különálló plaque látható a hajzatos fejbőrön.

Újabban Röntgen-sugarakkal is kezelik ezen betegséget, s egyes szerzők szép eredményeket értek el vele; előnye e kezelésnek, hogy aránylag rövid ideig tart, e mellett az epilatiót főlölegessé teszi, azonban e kezelésnél óvatosságnak kell lenni, hosszú ideig tartó exponálás kis vacuum cső távolság mellett totalis alopeciát, esetleg mélyreható fekélyesedést okozhat. P. Sándor 9 éves gyereket, Röntgen-sugarakkal kezelték, a hajzatos fejbőrt két részletben exponálták, a fejtetőt 25-ször, a hátsó részt 15-ször, egy-egy ülés kezdetben 5, később 15 perczig tartott 40—25 cm. vacuumcső távolság mellett. Daczára annak, hogy e kezelést, mihelyt hyperaemia és defluvium lépett fel, azonnal beszüntették, mégis a hajzatos fejbőr hátsó részén teljes alopecia lépett fel, a mely még másfél hónap múlva a kezelés abba hagyása után is persistált, úgy, hogy attól tartottak, miszerint az maradandó lesz. Most e területen elég dús hajzat van és e mellett épen ezen a területen vannak a három beteg közül a legnagyobb kiterjedésű favus plaqueok.

A harmadik beteget, P. Onucz 11 éves gyereket, szintén Röntgen-sugarakkal kezelték, ugyanannyiszor exponálták és ugyanakkor hagyták ki e kezelést, mint az előbbinél, azonban kibocsátása előtt pár napig chrysarobinnal is lett kezelve.

Összehasonlítva e három esetenél a kezelés eredményét, a recidiva kiterjedtségét tekintve, legjobb eredményt mutatja a tisztán chrysarobinnal, kevésbé jó a Röntgen-sugarakkal és chrysarobinnal, a legroszabbat a tisztán Röntgen-sugarakkal kezelt beteg.

Az ezutáni kezelést illetőleg, mind a háromnál az újabban ajánlott formalint fogjuk alkalmazni. A scutulumokat olajjal leáztatják, a hajzatos fejbőrt naponta egyszer jól bedörzsölik 5—10% formalin vizes oldattal, a bedörzsölés után a beteg flanel sapkát kap.

A kezelés eredményéről más alkalommal számol be több eset kapcsán.

*Discussio:* MARSCHALKÓ *tnr.* hozzászólásában megjegyzi, hogy távol áll tőle, miszerint e három esetből a Röntgen-sugaraknak a Favus gyógyításánál való hatástalanságára vonjon következtetést; sokkal kisebb számúak még erre vonatkozó tapasztalásaink, semhogy ezt tehetné. És azért — bár a bemutatott esetekben a recidivák intenzitására nézve feltűnő a különbség, a mennyiben a legroszabb eredményt tényleg a tisztán Röntgen-sugarakkal kezelt beteg mutatja, daczára annak, hogy totalis és hosszú ideig tartó alopecia lépett fel, csak annyit jelent ki, hogy a jelen esetben a Röntgen-sugarak a hajak kihullása után a hajtüszők mélyében rejlő favus gombákat nem voltak képesek elpusztítani.

3. GÓTH LAJOS dr. a szülészeti klinikán gyógyult teljes *ruptura uteri* esetet ismertet. Elmondja, hogy midőn 1875-ben BANDL-nak „Ueber die Ruptur der Gebärmutter und ihre Mechanik“ című monographiája megjelent, egy csapással megállapítottnak látszott a szülészetnek ezen sokat vitatott kérdése. Tagadhatatlan, hogy számos újabb észlelet BANDL tanainak módosítását, kiegészítését követelte, azonban nagyjából ma is általános érvényűek ama szabályok melyeket BANDL megállapított. Annál több vitára adott okot a méhrepedések kezelésének kérdése. BANDL előírása szerint, eljárásunknak minden esetben a magzatnak per vias naturales való eltávolításában kell állania, annak megtörténte után a repedés drainezendő. A nagyon is kevésé kielégítő eredmények azonban mindinkább a megszakadt méh közvetlen ellátására irányították a figyelmet: SCHROEDER volt az, ki első sorban utalt az uterus rupturák hasmet-zéssel való kezelésére.

A kolozsvári szülészeti kórodán 1893. januárius 1. óta mai napig összesen 8 méhrepedést észleltek. Közülök egy (még 1893-ban halva érkezett az intézetbe, boncolásába a férje nem egyezett bele s így közelebről nem volt felhasználható) 4 nem teljes, vagyis olyan repedés volt, melynél a hashártyát a szakadás megkímélte. A kezelés mindeniköknél a magzatnak a természetes szülőúton való eltávolításában és a résnek, valamint a méhürnek jodoform-gaze-vel való tamponálásában állott. Kettő közülök meggyógyult, kettő rövid idővel a ruptura létrejötte után acut anaemia tünetei között meghalt. A fennmaradó 3 esetre közös, hogy mindhárom tota lis volt, továbbá, hogy a magzat mindhármuknál nagyobb részével a hasürbe hatolt. A két korábban észleltnél a laparotomiánál a méh erős roncsoltsága annak teljes exstirpációját tette szükségessé. A két operált azonban a műtét után 22, s illetőleg 50 óra múlva sepsises hashártyalob tünetei közt elhalt. A harmadik a bémutatandó eset.

Az illető D. Juonné 35 éves, szászfenesi napszamos asszony, kit f. év augusztus 26-ára virradó hajnali 4 óraker szekerem szállítottak a szülészeti klinikára, jelentvén, hogy 25. reggeli 8 óra óta vajudik. Az anamnesis s illetőleg a vizsgálat a következőket derítette ki: Menstruatio első jelentkezése 15 évvel, ismétlődés 4 hetenk. 3 napi tartalommal, melléktünetek nélkül. VI. P. Első szülés 10, utolsó 2½ év előtt, rendes időre, rendszeren. Gyermekekgyak egy hétig, rendes lefolyással. Jelenlegi (VII) terhességének kezdetét megállapítani nem tudja, mivel utolsó szülése után szoptatott és vérzése egyáltalában nem jelentkezett. Magzatmozgásokat először márczius elején érzett. Az asszony elég jól fejlett. Hőmérsék 37.4°, érverés 10.2. Külső nemző-részek normásak, hüvely középtág, hüvelyes rész 0.5 cm., méhszáj 3 ujjnyi, rovátkás, nem vize-nyős, nem duzzadt. Burok megrepedt, szélei visszahúzódtak. Előlefkvő rész a fej, medence bemenetben rögzítve, nyílvarrat keresztátmérőben, kis kutas bal oldalt, nagy kutas jobb oldalt. Magzat háta, szívhangjai balodalt, apró részek jobb oldalt. Spinák távolsága 25.5 cm. Cristáké 27.5 cm. Conjug. externa 19.5 cm. Spinae posteriores 10 cm. A diagnosis volt tehát: szülődő, 3 ujjnyi méhszáj, élő magzat I. koponyatartással, előlefkvő rész rögzítve.

Tekintve eme leletet, továbbá azt, hogy az asszony hat ízben normás

lefolyással szült, remélni lehetett, hogy ez a szülés is rendes lefolyást fog mutatni. Azonban figyelembe véve a 20 óra óta tartó vajudást s a 37,4° hőmérsékletet, a szülőnő óránként való hőmérőzését rendelte el. Reggel 1/2 óráig fájdalmak alig mutatkoztak, hőmérsék nem emelkedett. Kb. 1 1/2 óra múlva jelentik, hogy most már ismételtlen mutatkoztak erőteljes fájások, a hőmérsék 38°-ra emelkedett. Újabb vizsgálathoz készülvén, előadónak egy a hólyagfájón látható és tapintható élesen határolt, kb. gyermekfejnyi elődomborodás tűnt fel, mely feszes, elasticus tapintatot mutatott, homályos fluctuációval. Első gondolatra a hólyagnak kellett tartania, azonban a meglehetősen nehezen kivihető catheterisálással csak mintegy 30 cm. <sup>3</sup>-nyi tiszta vizeletet tudott kibocsátani. A leírt daganatnak sem alakja, sem nagysága nem változott, s így mibenléte megfejtetlen maradt. A belső vizsgálat csak annyiból mutatott változást, hogy a méhszáj újjnyi keskeny (nem duzzadt), körkörös szegélyre húzódott vissza. Közvetlen veszély az anya részéről még mindig nem mutatkozott, azonban tekintve a hőmérsék emelkedő tendenciáját, mégis el kellett készülni arra, hogy mihelyt a méhszáj eltűnt, a szülés — ha az anya állapota megkívánja: perforatio árán is — befejezendő lesz.

Minthogy 11 óráig a viszonyok nem változtak, előadó épen Szabó tanárhoz készült, hogy az esetről referáljon, midőn sürgősen a szülőszobába hívták avval a jelentéssel, hogy a fennebb leírt daganat egy erősebb fájás után hirtelen eltűnt. Már a szobába léptekor felismerhette a szülőnőn a collapsus jeleit. Pulsusa 140, fonalszerű. A daganat valóban eltűnt, a vékony hasfalakon át magzatrészek ijesztő tisztasággal tapinthatók. Hüvelyből mérsékelt mennyiségű friss vér ürül, vizsgálatnál constatálja, hogy az előbb rögzített fej kilődült, könnyen mozgatható.

Kétségtelen volt tehát, hogy méhrepedés köszöntött be, most már meg volt a kérdéses daganatnak a magyarázata is adva. Megjelenése idején egy nem teljes repedésnek már jelen kellett lennie, s ezen szakadás egy haematoma képződéshez vezetett, a mely a bőrt is elődomborította. Midőn a ruptura áthatolóvá vált, a daganat természetesen eltűnt. Előadó azért tartotta ezen momentumok részletes ismertetését érdemesnek, mivel haematomának ilyen viselkedése ritkán észlelhető. Tudomása szerint egyetlen hasonló esetet közöltek eddig. (Krebs: Monatsschrift f. G. u. G. 1902. augusztusi füzet.)

A repedés constatálása után betegnek azonnal camphor-injectiókat adott, majd intézkedett a laparotomiás szobára való szállíttatása felől, hol épen egy ovariumcysta műtét volt előkészítve. Az esetről jelentés tétetvén, Szabó tanár azonnal műtéthez készült, egyidejűleg a szülőnőt is narcotisálták s lemosták úgy, hogy a repedés constatálása után kb. 1/4 órával már kezdetét vette a műtét. A vékony hasfalak átmetszése után bővebb mennyiségű vér ürül, majd egy kar esik a résen elő. A májtájon található lábak felkeresése után a magzat lábakra fordítatván extraháltatik. Ezt követte a méh kigördítése. A mellő faláról a hashártya a sértetlen hólyaggal egyetemben nagy lebenyben leválasztott. A méhnyak mellső falán, a contractiosgyűrű alatt egy harántúl futó repedés látható, melylyel bal oldalt egy hosszanti lefutású szakadás kereszteződik,

mely azonban a külső méhszájat el nem éri. E mellett bal oldalt a ligamentum latum lemezei széjjelválasztottak, az így képződött üreg lazább véralvadékkal, részben még most is kitöltött (haematoma.)

A vérző edények ellátása a jobb oldali lig.-latumban, az art. spermatica területének alakításával vette kezdetét, ezt követte a jobb art. uterina felkeresése a repedésben és lekötése a méh szövetében vezetett öltéssel, hasonlóképpen láttattak el a baloldali üterek is. Jobb oldalt újra bővebb vérzés mutatkozik, mely egy mélyen a méh szövetében vezetett aláöltésre szűnik. A repedés szélei annyira roncsoltak lévén, hogy azok egyesítésére gondolni sem lehetett, a méhtest amputatiója vált szükségessé, lemetszése előtt a hashártya a méh hátsó felületéről is nagyobb lebenyben leválasztatott.

Az amputatio megtörténte után mindenekelőtt a baloldali hosszanti repedés egyesített selyem szűcsvarattal, majd a nyakcsatornának a hüvelybe vezetett jodoformgazevel való kitömése után, a cervix felső szélei egyesített selyem szűcsvaratokkal, miáltal egy a méhfenékhez hasonló, ivelt taraj resultált. Ezután — bár felmerült a bal lig. latumban levő üreg kivezető drainézésének kérdése — e szálag lemezei is egyesítették. A csonknak peritoneummal való borítása a lebenyek felesleges részének resecálása után a jobboldali spermatica alakítóselei helyén, azok elsüllyesztésével vette kezdetét és selyem szűcsvaratokkal balfelé folytattatott. A belek között lévő véralvadékok kitapintása után a hasseb egy rétegben, silkwormgut csomós varatokkal egyesítették. Dermatol. nyomókötés. A természetesen halott magzat súlya 4000 gr. volt. Hossza: Fejkerület 37.0 cm. Egyenes átm. 11.1 cm. Nagy haránt átm. 9.9 cm. Nagy ferde átm. 13.7 cm. Kis ferde átm. 10.9 cm.

A lefolyás igen kedvező volt. Első napokban mutatkozott ugyan néhány 38°-ot is meghaladó hőemelkedés, azonban ezek csakhamar elmaradtak. 8. napon összes fonalak eltávolítása. Vonalas egyesülés, csak a hasseb közepe táján volt egy mogyorónyi felületes genyedés. A hasseb helyét egy vonalszerű, zugorodott heg alakjában az operált asszonyon demonstrálja, elmondván, hogy a műtét utáni 40. napon felkelt, s 50.-en távozott a kórodáról.

Befejezésül hangsúlyozza, hogy az ismertett műtétet a teljes méh-repedésnél határozott indicatiók mellett (vérzés és a magzat kilépése a hasürbe) végezték, továbbá, hogy ezen eset is alkalmas annak illusztrálására, a mi az intézetben mindig vezérelv gyanánt szokott szerepelni, hogy desperálnak látszó esetekben is, ha megvan az eredményes beavatkozásnak reménye, tekintet nélkül a nehézségekre s ama körülményre, hogy a bizonytalan siker a műtéti statistikát ronthatná, el kell a műtétet végezni; hogy ez nem lesz mindig felesleges fáradság, a bemutatott eset is bizonyítja.

*Discussio.* Ákantz m. tanár különösen fontosnak tartja, hogy a méh-repedés burokrepedés után, a hőmérsék emelkedését követőleg lépett fel, s a műtét után még sem lépett fel infectió. Nemrég gyakorlatában egy szülésnél segédkezett, melyhez akkor hívták, midőn a burok már megrepedt s az anyánál hőemelkedés mutatkozott. Olyan fokú medence szűkületet constatált, a melynél a magzat csak a fej megfurása után férhetett át. Tekintettel arra,

hogy a magzat még élt, az anya a magzat érdekében a császármetszés végzését követelte, felszólaló — tekintve, hogy a burok épségének és hőemelkedés hiányának feltételei nem voltak meg — eme kívánságát visszautasította. Kérdi, vajon a fennebb hangsúlyozott tapasztalat alapján nem lehetne-e a felhozott contraindicatióktól hasonló esetekben eltekintve relativ indicatio mellett esetleg császármetszést végezni.

SZABÓ tanár választát avval kezdi, hogy nem ismer olyan szabályt, mely alól adott esetben egyik vagy másik operateur saját felelősségére kivételt ne tehetne, vagy a melyet ne módosíthatna, azonban ez mit sem változtat az illető szabály érvényességén. Az ismertetett esetből a fenti következtetést annál kevésbé szabad levonni, mivel felszólaló a feltételeken indicált császármetszésről szólott, az ismertetett műtét ellenben absolut indicatio alapján végeztetett. Olyan esetekben, midőn a magzat még nem lépett ki a hasüregbe és a természetes úton eltávolítható, nem folyamodnék hasmetszéshez. Felfogása jogosultságának illusztrálására egy esetet említ, melyet a szülészeti klinikán a múlt évben észleltek. A szülést a ruptura létrejötte után extractióval fejezték be, a repedést tamponálták s az asszony — bár napokon át magas hőemelkedések és peritonealis izgatottság tünetei mutatkoztak — meggyógyult.

Ha a magzat a hasürbe kilépett, indicálva van a hasmetszés már a magzat eltávolításának céljából is. A méh sebének milyensége fog a további eljárásra nézve dönteni. Elv lehetőleg kevés csonkítást végezni, tehát ha lehet, a repedés egyesítendő, ha ez kivihetetlen, legalább a cervix meghagyandó, ha azonban a méhnyak is ronesolt, a totalis extirpatiohoz kell folyamodni. Ismétli azonban, hogy ott, a hol a hasmetszés nem indikált, elkerülendő. Annál megszívlelendőbbnek tartja ezt a császármetszés relativ indicatiójának felvetésénél, mert hiszen itt a magzat perforatiójával olyan módszer birtokában vagyunk, melylyel a szülést az anya veszélyeztetésének teljes elkerülésével befejezhetjük.

MALOM dr. hangsúlyozza, hogy az anyának a sectio caesarea előtt mutatkozó hőemelkedése a Porro műtétet indicálja. Tekintve, hogy ez az anya mélyreható csonkítását jelentené, perforatio végzése esetén pedig remény lehet arra, hogy egy következő terhességben, esetleg művi koraszüléssel az anyát élő magzathoz juttathatjuk, a felvetett esetben a császármetszés végzését kétszeresen kerülendőnek tartja.

#### 4. BUDAY tanár bemutatásai:

A míg a nyaki nyirokmirigyek gümőkórjánál számtalanszor tapasztaljuk, hogy azok idővel ellágyúlnak és kifelé áttörnek, addig a peribronchialis és mesenterialis mirigyeknél hasonló ellágyulások és áttörések jóval ritkábbak, s ha előfordulnak is, a mirigyek rejtett helyzete miatt, nehezebben ismerhetők fel. Pedig ezen nyirokmirigyek ellágyulásai súlyos complicatiókra adhatnak alkalmat: a peribronchialis mirigyek áttörhetnek a hörgőkbe, a bélfodri mirigyek pedig a belekbe; ezen áttörések további következményeit tanulságosan mutatja az a két eset, a mely rövidebb egymásután a kórbonctani intézetben boncolásra került:

Az első esetben gümös peribronchialis mirigy átfuródása következtében aspiratiós gümőkór jött létre, mely tüdőgangraenához és halálos tüdővérzéshez

vezetett. A 16 éves férfi beteg állítólag egy évn megöült és erősen köhögött s akkor négy hétigágyban fekvő beteg volt. Most augusztus eleje óta erősen köhög, 5 napja véreset is köpött. Kopogtatásnál nála h bal tüdő alsó részén nagy tompulat található. Köpete bűzös, legnagyobb részt alvadt bomlott vér, benne sem gümöbacillusok, sem ruganyos rostok nincsenek. Azon 8 nap alatt, a meddig a kórodára felvétele után élt, a vérköhögés naponként megújult és mindig igen erősen jelentkezett, úgy, hogy végül nagy fokú anaemia jött létre.

A bonczolásnál mindenekelőtt egy általános gümőkórt találtunk nem igen nagy számú és meglehetősen kicsiny gümövel. A tüdők felső lebenyeiben régebbi gümős változások nem voltak, az alsó lebenyek közül is csak a bal oldali volt megbetegedve.

A bal alsó lebenyben ugyanis egy nagy caverna volt bomlott véralvadékkal telve, üszkös széteséssel a caverna falában. Ezen caverna körül az egész alsó lebeny légtelen a pneumonia desquammativa és interstitialis képével, de különálló gümők nélkül. A mellhártya ellenben az egész alsó lebeny fölött igen erősen megvastagodott és sűrűn telve volt nagy gümőkkel, a melyek egymással egy sajtos kéregbe folytak össze. E szerint tehát a bal alsó lebenynek phthisise volt jelen és pedig gümős eredettel, a mit az alsó lebenyre szorító gümőkór, az általános miliaris gümőkór és azonkívül a peribronchialis mirigyek kiterjedt elsajtosodása is eléggé bizonyított. Ezen izolált chronikus gümőkórja egy alsó lebenynek gyanút keltett arra nézve, hogy az talán egy peribronchialis sajtos mirigy átfuródása következtében támadt, és csakugyan a hörgők felmetszésénél a bal főhörgbe vezető kis járatot találtunk, a mely egy elgenyedő peribronchialis mirigy üregébe vezetett. E szerint a tüdőösszök és tüdővérzés izolált alsó lebeny gümőkórból származott, a mely viszont egy gümős peribronchialis mirigynek az átfuródásából keletkezett.

Ezen eset emlékeztet egy másikra, a mely 1½ év előtt fordult elő intézetünkben és a melyben szintén csak az egyik alsó lebenyben léptek fel cavernák és a köpetvizsgálat gümöbacillusokra szintén eredménytelen volt. A felmetszett bronchusban ez esetben egy heg volt, a melynek reddői közt egy áttört peribronchialis mirigynek elmeszesedett tartalma volt látható. Korai volna ezen két esetből messze menő következtetéseket vonni, de mégis azon gondolat támad az ilyen esetek kapcsán, hogy az ilyen sajtos mirigy átfuródásából származó aspiratiós tüdőtuberculosis talán inkább maradhat egy tüdőlebenyre korlátozva, mint a közönséges tüdőcsúcs tuberculosisnál, a mely rendszerint előhaladó jelleggel bír. A szövetek helyi dispositiójának különbözősége valószínűleg közrejátszik abban, ha az alsó lebenyben aspiratio által keletkező tüdőtuberculosis lefolyás tekintetében a csúcstuberculosistól eltér.

*A második esetben* a mesenterialis mirigyek gümőkórja okozott bélátfuródást és halálos bélvérzést. A nyirokmirigyek itten testszerte igen erősen meg voltak nagyobbodva és pedig az anamnesis szerint mintegy 4 év óta. Négy hete időnként gyomortáji fájdalmai vannak, hasában csomót érez. Az észlelés alatt a hastáji fájdalmak állandóan meg voltak, a halál előtt pár órá-

val hirtelen igen erős vérszegénység lép fel, végtagjai hűvösek, széke kátrányserű véres tömeget képez.

A bonczolásnál a nyaki, mellkasi, hasinyirokmirigyek igen erős megnagyobbodása és kiterjedt elsajtosodása találtatott, úgy hogy ezen tájéki mirigyek ökölnyínél nagyobb tömeget képeztek. A bélfodor gyökerét a mirigyek igen erősen megvastagították és a duodenumot annyira körülvették, hogy az szinte teljesen sajtos mirigyek közé volt beágyazva és azokkal feszesen összenöve. A bélfodor lemeze közt azonban a gerincoszlop felé felnyúlva üszkös lágyulás mutatkozott, a melybe a sajtos mirigyek lecsupasztva mintegy sequester-szerűleg nyúltak be. Ezen üszkös lágyulásos üregek a duodenummal 3 járat által közlekedtek. A duodenumban, gyomorban és az egész bélhuzamban mindenütt igen sok vér. E mellett itt is egy általános miliaris gümőkór volt jelen meg lehetős nagy sajtos gümőkkel, különösen a lépben és a tüdőben.

E szerint tehát itt a bélfodri gümös mirigyek a duodenummal összenöve annak falát áttörték s a bél tartalom a sajtos mirigyek közé hatolva idézte elő a bélfodor lemezek között talált eves folyamatot.

Érdekes volt ez esetben, hogy a chylus keringés megzavarásának jelei is mutatkoztak. Tudniillik a hasüregben mintegy fél liter híg, tejszerű, sárgás-fehér folyadék volt, s ezért valószínűséggel chylusos ascites mellett kellett tartanom, miután a peritoneumon gyulladásos jelenségek nem voltak s a folyadék bakteriumokat nem tartalmazott, ellenben meglehetősen sok szabad zsírcseppet tartalmazott. A chyluspangásra mutatott még az is, hogy a duodenum nyálkahártyájában a chylusedények fehéres chylussal igen erősen telve voltak, úgy hogy mindes egyes chylust mint fehér pettyet lehetett látni e szürkés nyálkahártyán. A ductus thoracicus törzsében semmi eltérés nem volt, egyes chylus edények azonban a mesenteriumban lévő sajtos mirigyek által nyilván igen erősen összenyomattak.

*A harmadik eset,* a melyet bemutatni kíván, kiterjedt bélhalás az art. mesenterica superior eldugaszolása következtében. A mentők által beszállított beteg egy 32 éves téglagyári munkás volt, a ki állítólag két hét előtt valami haltól megcsömörlött és azután jobban lett, egy hete ismét hány, széke öt nap óta nem volt, csuklik, szelek nem mennek. A belgyógy. klinikán hasbártyagyulladás jeleit lehetett feltalálni nála: nagy fokú collapsus, hideg végtagok, igen gyenge szív működés, zavart öntudat, igen nagy fájdalomosság a has tapintásánál, folytonos hányás, csuklás, vizeletben indican. Másnapra a beteg meghalt. A bonczolásnál az egész csipő bélhuzam és az éhbélkacsok alsó része, továbbá a vakbél és a felhágó vastagbél egy igen súlyos diphtheriás gyulladás képét mutatta, míg a Payer plaqueok genyesen voltak beszűrődve. A belek peritonema sötét szederjes, vérzések, tapadós fibrina hártával fedett. Az art. mesent. sup. törzsében egy teljesen obturáló thrombust találtunk, a mely a bél elváltozások megfejtését adta. Különös, hogy másutt sehol embolia nem volt, sem szívbaj nem volt jelen, a honnan az emboliát származtatni lehetne, úgy, hogy nincsen kizárva az, hogy itt nem emboliával, hanem thrombosisal van dolgunk, a milyen eseteket LITTEEN is észlelt.

5. JANCÓ MIKLÓS dr. és VESZPRÉMI DEZSŐ dr. *Periarteritis nodosa* címen egy esetről referálnak kórboncz. és szövettani készítmények bemutatásával kapcsolatban. Egy 14 éves tanulónál a bőrön urticaria szerű kiütéseket, ezek után fennmaradó s külön is fellépő vérzéseket észleltek. Ezután mintegy 6 hónapi aránylagos jólét után az illetőnél hirtelen eszméletlenség lépett fel, a melyhez később a végtagokon chorea-szerű mozgások csatlakoztak; ezen tünetek mellett hőemelkedés ( $39^{\circ}$ — $40.6^{\circ}$ ), szapora pulsus (93—156) észleltettek, s a vizeletben fehérje és hengerek. Lumbalis punctiónál mintegy 30 cm<sup>3</sup>-nyi erősen véres folyadékot kaptak.

Bonczolásnál a lágy burkok közt tömeges vérzés volt. A koszorú ütereken mákszem, köles nagyságú körülírt szürkés megvastagodások, esomók, részint pedig hasonló nagyságú tágulatok találtak. Hasonló leletet nyújtottak a gyomor, a belek, valamint a mesenterium finomabb ütőér ágai is. A vesékben kiterjedt infarctus szerű elhalások voltak. Az agy és burkainak, a tüdőknek, a májnak, lépnek ütőerei teljesen épeknek bizonyultak. A bonczotani vizsgálatnál megbetegedetteknek bizonyított ütőereken kívül a szövettani vizsgálat még számos, egészen gócszerű kicsinyességű arteria részéről is talált elváltozásokat.

A bántalom lényege a finomabb ütőerek adventitiájában fellépő gyulladás, a mely innen betérjed az edényfal többi rétegeibe. A gyulladás miatt, mely kezdetben különböző leucocyták felhalmozódásából, izzadmány képződéséből áll, később megindul az adventitia sejtjeinek burjánzása, a mely olyan nagy fokú, hogy betérjed a megtámadott mediába. Úgy ezt, mint a belső rugalmas réteget áttöri, elpusztítja s benyomul az intima helyére is, miáltal az ütőér falát ilyen helyeken újonnan képződött kötőszövet foglalja el. A folyamat különböző idős, elég acut módon kezdődik, de hajlandóságot mutat az idült lefolyásra és exacerbiatiokra is. Az aneurysma képződés másodlagos, létrejöhet már kezdeti stádiumban is, a midőn a gyulladás a media külső részét már tönkretette, s így az erősen elvékonyodott, meggyengült edényfal a vérnyomásnak kellőképen ellentállani nem tud.

Az eset aetiológiája teljesen homályos. Luest a mit az észlelők legtöbbször tekint kóroktani mozzanatnak, esetük alapján nem vesznek fel. És pedig nemcsak azért, mert a bujakórnak akár jelenben, akár korábban való fennállására, sem a kórelőzményben, sem a klinikai észlelésben, sem pedig a bonczolásnál egyáltalában semmi adatot nem találtak, hanem, mert a szövettani kép nem felel meg annak a leletnek, a milyent syphilis miatt létrejött ütőér betegségek mutatnak. A bántalom inkább egy eddig még nem ismert, illetőleg ki nem mutatott s minden valószínűség szerint heveny fertőzéssel alapulónak tekinthető. (Egész terjedelemben megjelent Orvosi Hetilap 1903. évi 6. és 7. sz.)

#### X. szakülés 1902. november hó 14-én.

1. KONRÁDI DÁNIEL dr. előadja értekezését: „Adalék a kísérleti vesztesség tüneteinek és prophylaxisának ismeretéhez“ címen. (Megjelent: Orvosi Hetilap 1902. évi 47. sz. és Értesítő 337—341 lapjain.)

2. VERESS ELEMÉR dr. előadása: „A szaglószerű ingerléséről, szagos folyadékok közvetlen behatása révén“. (Megjelenik az Értesítő jövő füzetében.)

*XI. szakülés 1902. november hó 28-án.*

1. HEGYI MÓZES dr. ideg- és elmeorvos I. tanársegéd a lelki fertőzésről értekezvén, előadja, hogy az elmebetegségek kórocai között a lelki fertőzés (*infectio psychica*) is szerepel, a melynek hatása akkor nyilvánul, ha lelkiileg degenerált szervezetű egyének elmebeteg társaságban tartózkodnak, vagy azok befolyása alatt állanak. A fogékonyság és a lelkirokonyság arányában a lelki fertőzés rövidebb, hosszabb idő alatt, többféle módon és különböző mértékben fejlődhet ki. Az így keletkezett betegségek hol állandósulnak, hol pedig az előidéző ok megszűntével ismét elmaradnak. A lelki fertőzés okozta elmebetegségek többféle alakja ismeretes. Leggyakrabban testvérek, házastársak szülő és gyermeke között fordulnak azok elő. Természetök szerint van suggerált, inducált és imitáló alak. Az elsődleges beteget *activnak*, s a másodlagos *passivnak* is nevezik. Az elsődlegesnek prognosisa rendszeren rossz, a másodlagosé, ha a befolyásoltatás alól idejekorán felszabadul, gyakran jó.

Több észlelő közt JAKOVENKO írja le a legtöbb esetet. Betegei közt volt maniás és melancholiás is, de túlnyomó volt a tébolyodott (*paranoias*), 113 közül 70.

Jelen esetben a *psychicus infection*nak 3 féle alakját állítja a szakülés elé u. m.:

- egy suggerált (*folie suggestionée*, *folie a deux*),
- egy inducált (*folie communiquée imposée simultanée*),
- egy imitáló (*folie imitée*) alakját.

1. Suggestált elmezavar, iker *psychosis*.

F. A., 53 éves róm. kath. varrónő, hosszú idő óta üldöztetési és vallásos tébolyodottságban szenved. F. V., 32 éves törvénytelen leánya vele állandóan közös háztartásban élt s mindketten nagy nyomorral küzdve varrásból tartották fenn magukat.

Az anyának téveszméit és érzéki csalódásait átvette a leánya is. Mindkettő ugyanazt érzi s ebből kifolyólag gondolja s teszi is. Számukra kincs van a földbe elásva, rokonaik üldözik, tönkre juttathatják őket, az Istent s Jézust látták, a Szűz Máriával több ízben beszéltek. Kóros eszméit a leány hasonló értelemben s módon beszéli el, mint az anya. Egymásnak nyilatkozatait mindig helyeslik s azoknak valódiságát erősítik. Túlságosan ragaszkodnak egymáshoz, ha az egyik meg valahová, a másik nyomban követi.

Elsődleges vagy *activ* szereplő az anya s másodlagos vagy *passiv* a leány. Prognosis tekintetében ez esetben a másodlagos bántalom is kedvezőtlen, mert a téveszmék hosszas fennállások folytán fixálódtak.

2. Simultán *psychosis*.

V. G., 39 éves és V. G.-né, 44 éves kolozsi *cizmadia* pár, éveken keresztül egyetértésben élt egymással.

1902. július havában a kolozsvári ideg és elmegyógyászati klinikára szállítottattak, a hol kitünt, hogy V. G. paralysis progressiva dementicaban s V. G.-né hysteriás paranoiában szenved.

Ez esetben a férj volna az elsődleges vagy activ és a felesége a másodlagos vagy passiv szereplő. A régebbi eset a paralysis, ennek kibontakozása vált a paranoiának kiváltó okává. A férfi nagyzó téveszméi által indíttatva utazni, vásárolni kezdett s szokatlan tevékenységet fejtett ki. Az asszony mindenütt követte férjét s eszméit a magáévá tette, de később a betegség kitérése után önálló kóros érzések és képzetek uralma alá jutott. A lelki rapport a kettő között azonban főleg az egymáshoz való fűződöttségükben található meg s azért a kettős megbetegedés inkább a véletlen találkozásnak, mintsem az induciónak a műve.

Valóságos inducált psychosist jelenleg nem mutathat be.

### 3. Utánzott psychosis.

Gr. M. K., 21 éves izr. kereskedősegédnek családjában elmebetegség fordult elő. Ő maga 16 éves koráig gyakran ismétlődő eskóros rohamokban szenvedett. 20 éves korában dementia praecox fejlődött ki nála s jelenleg is azon bajával van ápolás alatt. Egy hónap óta H. B. betegtársának stereotyp fejrázásait utánozza. Betegsége egyébként változatlan, csak egy eddig fenn nem állott tünettől gyarapodott. Az efféle imitációk az életben főleg gyerekeknel, ép eszűeknél is gyakran fordulnak elő, de többnyire múló természetűek. Ebben az esetben is a betegek elkülönítése után valószínűleg Gr. M. K.-nál el fog maradni.

Tulajdonképen ebben az esetben csak a stereotyp mozgások utánzásával van dolgunk. Maga a betegség, a passiv egyénnél is önmagától, illetőleg más okokból fejlődött. Vannak azonban tisztán utánzott elmebajok is, a mikor a lelkileg degenerált egyén más elmebajos oldalán, hasonló, szinte tükör képnek mondható alakban betegszik meg, a nélkül, hogy mint az első esetben ketten egymással lelki viszonyba jutnának.

A lelki fertőzésnek mind a három alakja lényegiben suggestióra vezethető vissza, csak hogy az első esetben a suggestio az érzések körére szorítkozik és a hasonló érzések révén azonos téves eszmék támadnak, míg a bevezetett formánál a suggestio kész associációkat állít az öntudatba, tehát a rapport jelenségeit közvetíti. Az imitálásban nyilvánuló fertőzésnél a suggestio a reakcióban összpontosul, azaz kész automatás reflexeket vált ki.

2. FABINYI RUDOLF bemutat egy 17 éves nő beteget, kinél időbeli sorrendben a következő tünetek léptek fel: a jobb fül megsüketülése (ez már kb. 1/2 éve történt) azután főfájások, szédülés, a bal szemem strabismus convergens, a látóképesség romlása, annak elveszése a bal szemem, azután a jobb szem látótere temporalis részének kiesése, végre a jobb nasalis látótér félnek is elhomályosodása. A szemészeti kórodán, hol megvizsgáltatta volt látását, már hónapokkal ezelőtt pangásos papillát találtak, mihez utólag atrophia is társult. Az elme- és idegyógyászati kórodára okt. 11-én vétetett fel.

A kórodán való ápoltatása alatt a kórkép eddigi fejlődése a következő: okt. 29-én látásában hirtelen javulás állott be, a mennyiben jobb szemének nasalis látótér felén az egyes alakokat, színeket stb. kitudja venni s ujjakat képes olvasni. Ezt az időközben nála alkalmazott higany bedörzsölő kúra eredményének lehetett volna tartani, de ennek ellene szól a további súlyosbodás, épen úgy, mint az anamnesis és a vizsg. lelet, a mely szerint még virgo intacta és luesnek nyomai rajta nem észlelhetők.

Nov. 9-én a jobb arcz felét érzéketlennek érzi, a mely a tapintásra aesthesiometerrel, nyomás érzésre baroesthesiometerrel, fájdalomérzésre tüvel, hőérzésre pedig thermoesthesiometerrel vizsgáltatván meg, kiderült, hogy a jobb trigeminus, de különösen annak supraorbitalis ága és a száj körül a bőrérzés valamennyi formája meggyöngült, főleg pedig a fájdalomérzés. A trigeminus által ellátott izmok villámos ingerlékenysége azonban eltérést nem mutat.

23-án a beteg arról panaszkodik, hogy szájának jobb felében az étel ízét nem érzi. A jobb nyelvfél mentén megvizsgáltatván a 4 alapizlésre, valamennyi erősen csökkentnek találtatott. Nov. 26-án JANCsó MIKLós dr. magántanárr úr volt szíves nála diagnostikai célból lumbalis punctiot csinálni. Az eredmény azonban negatívus volt, mennyiben az intracerebralis nyomás csaknem rendszernek bizonyult és a nyert savóban sem bacteriumok, sem daganatsejtek nem találtak s a folyadék hosszabb állás után is tiszta maradt.

Az angol Mac EWEN és a német BRUNS által először alkalmazott auscultatiós és percussiósz vizsgálati módszerek szintén eredménytelenek maradtak.

Ha még a nála meglevő vagy időközben kifejlődött többi tüneteket is számba vesszük, akkor azok BERNHARDT szerint a következőképen osztályozhatnók:

1. *Érzési zavarok*: főfájások, melyeket leginkább elől a szemek mögé és a tarkóra localisál, a jobb trigeminusnak már említett érzéstelensége. Nagy fokú szédülés.

2. *Mozgásbeli zavarok*: cerebellaris ataxia, bizonytalan járás, erős tremor a kezeken és a nyelven. Időnként nystagmus.

3. *Érzékszavarok*: jobb oldali, csaknem teljes süketség. Mindkét szem vaksága, kivéve a jobb szem látóterének nasalis felét, a melyen újjakat olvasni tud. Mindkét szem papilláján pangás és atrophia. Strabismus convergens a bal szemem. Az iz érzés nagyfokú esökkenése a nyelv jobb felén

4. *Psychicus tünetek*: deprimált kedélyhangulat, ingerlékenység, félelmi és bizonytalansági érzések, látásbeli hallucinációk, a melyeknek kóros volta iránt azonban belátással bír.

5. *Egyéb tünetek*: a vasomotoros beidegzés labilis volta (gyors elpirulás és elhalványodás). Ide vehető még az is, hogy semmiféle egyéb somaticus eltérés nála nem tapasztalható.

Az itt felsorolt tünetekből kiderül, hogy az agy alapjára vonatkozó jelenségek dominálják a kórképet. Az előre bocsátottak után másra, mint valamely intracranialis neoplasmára gondolni legalább is nem valószínű. Az összes agy alapi tünetek, különösen az agy alapján lefutó egyes idegek izgalmi vagy

hűdési tünetei egy góczból eredőknek nem igen magyarázhatók. A jobb acusticus hűdése ugyan jól összeegyeztethető a jobb trigeminuséval (ez BRUNS szerint gyakori tünet), de nem egyeztethető össze a bal abducensnek, különösen az opticusoknak balról, minden valószínűséggel a chiasma tájéka felől való megtámadtatása, a mely utóbbi tény a jobb szem nasalis látóterének megmaradásából a retina temporalis idegrostjainak relativ ép voltából következtethető. E szerint legalább 2 gócz jelenlétére lehetne gondolni. De 2 gócznak felvételénél minden esetre óvatosságra int az a körülmény, hogy néha igen sokféle, egymásra eredetre különböző látszó tünet egyetlen egy gócz által lehet feltételezve, a mint azt a PETRINA által (Prager Viertelj. f. praktische Heilkunde 1877.) leírt eset bizonyítja, a mely tünet meglehetősen hasonlít a szóban forgó esethez s a melynél a sectio alkalmával csak egy nagy diónagyságú a kis agy bal féltekéjében székelő, onnan egészen a középső koponya árokba előre nyomuló daganat találtatott. Ilyen fajta daganatnak a létezése a jelen esetben is lehetséges.

Miután a lumbalis punctio alkalmával az intracranialis nyomás megnagyobbodottnak nem bizonyult, azon tünetek, a melyek a kis agy nyomatásából lettek volna leszármaztathatók, mint a cerebellaris ataxia, a tremor, a szédülés, ilyen módon kielégítő magyarázatot nem nyerhetnek. Ezért ezen tünetek magyarázatára, a melyekhez még mások is, mint nystagmus, vasomotoros zavarok is járulnak, a kis agyvelőnek, esetleg a corpora quadrigemináknak a megbetegedését is fel kell venni. Hogy a tumor az ikertestekben lenne, a mellett leginkább az a körülmény szólhat, hogy a beteg a jobb fülére süket, a mi a hátsó ikertesteknek a baloldaltól való megtámadtatására, (tehát ugyanazon oldalról, a honnan az opticusok és az abducens is bántalmazva lett) vezethető vissza.

Ezt a tünetet, az ikertestek daganatainál WEINLAND vette először észre és magyarázatát abban találja, hogy a hátsó ikertestpár a lateralis hurokpálya közvetítésével a keresztezett acusticussal összeköttetésbe jut. A cerebellaris ataxia és a szédülés épen úgy lehet tünete az ikertestek, mint a kis agyvelő daganatainak. Ennek oka a kis agy közelségén kívül valószínűséggel még abban is van, hogy a corpus dentatum cerebellitól a brachia conjunctivákon keresztül az ikertestek alatt pálya vezet a túldoldali vörös maghoz (BRUNS). Mindezekből kitűnik, hogy az említett 2 helyet a differentialis diagnosis szempontjából sokszor egymástól pontosan elkülöníteni nem lehet. Mindazonáltal a jelen esetben tekintettel arra, hogy szemizom hűdések, kivéve a bal oldali abducens hűdését, nincsenek, hogy továbbá nystagmus és vasomotorius zavarok jelen vannak (ezen tünetek az ikertestek daganatainál igen ritkák) valamint, hogy a jobb trigeminus hűdése és a jobb nyelvfél izelési képességének csökkent volta (miből a glossopharyngeus megtámadtatására is kell gondolni) észlelhető; de különösen azért, mivel a tünetek fellépésének chronológiás sorrendje mellette szól: inkább a kis agyvelő daganata mellett foglalthatunk állást, nem is véve figyelembe azt a körülményt, hogy a kis agyi daganatok a leggyakoribbak (21.6%), míg az ikertestekéi a legritkébbak közé tartoznak (3.1% SCHUSTER),

sem azt, hogy a mint az a jelen esetben is van, a kis agyi daganatok kevésbé járnak psychicus tünetekkel sem, mint az ikerestekéi. Ennélfogva különös tekintettel arra, hogy a jobb fül süketége minden más tünetet megelőzött, a kóros folyamat eredése helyét, a jobb acusticusban vagy annak közvetlen közelében kell feltételeznünk.

Onnan terjedt az rá később a kis agyra, a mint az már sokszor észleltetett. (BRUNS.) Ezen első daganat mellett valószínűleg van még egy második, a chiasma bal oldalából kiinduló daganat is, a mire az opticusok közvetlen megtámaszkodása mutat. Nem lehetetlen azonban, hogy a 2 gócz egymással összefügg.

A daganat, azaz daganatok minemiségének kérdésére biztos választ adni a leírt esetben szinte lehetetlen. A diagnosis eldöntésénél legföljebb a lefolyás gyorsaságára egyéb testi tünetekre, a kórelőzményre és a lumbalis punctióra ehet támaszkodni. Mínthogy azonban a többi szervek épek, e punctio pedig negativus eredményű volt, ezek a támpontok elesnek. Leggyakoribbak az agy daganatok közt a glioma, a neuroma, a sarcoma és ezek combinatioi, a tuberculum és a gümma. A carcinoma, adenoma, psammoma stb., valamint az echinococcus és cisticercus a ritkaságok közé tartoznak. Különösen tekintettel a leírt baj elég gyors lefolyására, még leginkább gliómára, sarcomára illetőleg gliosarcómára lehet gyanakodni.

A tuberculum jelenléte a lumbalis folyadék vizsgálatának nemleges eredménye miatt nem valószínű. A gümma is kizárható nemcsak azért, mivel a beteg egyén virgo intacta, hanem azért is, mivel a higany bedörzsölésre nála javulás nem állott be.

3. CSIKI MIHÁLY dr. bőrgyógyászati tanársegéd egy ritkábban előforduló súlyosabb lefolyású syphilis esetet mutat be MARSCHALKÓ tanár osztályáról.

Előzőleg előadja, hogy a syphilis súlyosabb vagy abnormis lefolyású alakjait külön csoportokba szokás osztani és külön nevekkal is jelölik.

Egyike ezeknek a tüneteknek localisatioja miatt súlyos syph. a syphilis gravis, midőn valamely különben rendes banalis syphilises productum pld. egy gümma a szervezet oly helyén jelenik meg, a hol localisatiójánál fogva okoz súlyos tüneteket, esetleg az illető szerv functiójának vagy akár az életnek elvesztését vonva maga után. Ilyen pld. a szem, a gége vagy az agy syphilise.

Egy másik alakja a súlyos syphilisnek, az a mit syphilis praecoxnak vagy syphilis abnormis gravisnak neveznek, a midőn a betegség-lefolyásának rendes megszokott menete változik meg, a mennyiben mintegy megrövidül, néha szinte kiesik az úgynevezett második stadium és a késői syph. characteres gummái már a korai recens időszakban jelentkeznek pld. már pár hónappal a primaer sclerosis után. Sőt beállhat a korai gummás időszak a nélkül, hogy jól ismert első tüneteket: roseolát vagy papulákat egyáltalán észlelni lehetett volna. Igen találaton nevezik a francziák abnormalisan gyors lefolyásáért ezen alakot syph. galopantnak.

Egy harmadik talán legjobban elkülönített alak a syph. maligna, melyet a gyakran recidiváló kiterjedt exanthemák s főleg sajátságos gyorsan széteső,

de felületes infiltrátumok képződése jellemezznek. A papulák szétesése, a fekélyképződés oly gyors lehet, hogy maga az infiltrátum nem is észlelhető, csak a kisebb-nagyobb lobos udvarral körülvett jellemző osztrigahéjszerű felrakódásokat mutató fekélyek, az úgynevezett rupiák, melyek gyorsan nőnek, akár tenyéryni terjedelemre, de mindig felületesek maradnak. És épen ez, hogy a papulák nem involválódnak a rendes megszokott módon, hanem szétesnek s gyorsan, de felületesen terjednek, jellemzi leginkább a syph. malignat. E mellett a rendszeren rövid lappangási szak után súlyos általános tünetek is köszönnek be. Erős fejfájások, makacs és magas hecticus jellegű, intermittáló lázak, melyek miatt az általános táplálkozás nagy fokban szenved. A betegek lesaványodnak, elesettek, egész senyvesek, cahecticusak lesznek. Érdekes, hogy ezen különben oly súlyos alaknál csak a bőr vagy legfeljebb a nyákhártyák betegszenek meg, míg a csont vagy az idegrendszer megbetegedése a legkritkább tünetek közé tartozik.

Eltekintve azoktól az esetektől, melyeknek súlyosságát a véletlen localisatio okozza, hogy a másik két abnormalis syph. alaknak mi az oka, nem tudjuk.

Vannak, a kik főleg az utóbbira nézve vegyes fertőzést, egy syph. + pyococcus infectiot, tehát a specificus fertőzés mellett egy pyogen infectiot is vesznek fel, s ebből igyekeznek a rapid lefolyást és a súlyos táplálkozási zavarokat magyarázni, míg mások talán helyesebben a főokot a szervezetnek sajátosságos fokozott érzékenységében keresik, a szervezetnek idiosyncrasiájában a syph. vírusával szemben. A mint pl. szedhet valaki brómot hosszabb időn keresztül, minden különösebb baj nélkül, míg más a kinek idiosyncrasiája van, már rövid használat után hónapokig tartó súlyos fekély képződéssel járó bróm exanthemát kap tőle.

A bemutatandó eset az előbb vázolt súlyosabb alakok egyikének a syph. praecoexnak typicus képét mutatja. 18 éves nőtlen kovács segéd, ki most 4-ed ízben fekszik a bőrgyógyászati klinikán. Sclerosisát 1901. szept.-ben aquirálta a penisén. Négy hét múlva jelentkezett még be nem gyógyult inüicialis sclerosissal és két oldali inguinalis bubóval, a 7-ik héten az egész köztakaróra kiterjedő sűrű nagy papulosus exanthemát és roseolát kapott, mely 4 hétig persistált. Alig egy hónap múlva már újabb papulo — pustulosus egész ekthymaszerű kiütéssel és nyakán leukodermával jön ismét be, a melynek hosszabb ideig tartó visszafejlődése után még két ízben folyó évi márczius és julius havában lépett fel újabb nagy papulosus és pustulosus exanthema, a melyek mindig sokáig állottak fenn. Közben a tonsillákon és nyelvén is voltak kifosztott papulái. Az első gumma folyó év márczius elején tehát az infectio után  $\frac{1}{2}$  évvel lépett fel a bal lábszár felső harmadában és pedig érdekes előzmény után. Ugyanis körülbelül 4 héttel előbb lábát azon a ponton egy vaságy szélébe ütötte meg, az így keletkezett zúzódás rövid idő alatt nyom nélkül gyógyult, de nemsokára a tibia azon a helyen megvastagodott s felette typicus gumma képződött, tanúságosan illusztrálva a syph. localisálódása és trauma közötti gyakori összefüggést.

Utoljára folyó évi júliusban jött be a beteg újabb egész ezüst forintnyi szétesett bőrgummákkal, azóta még nem volt gümma nélkül, a régiék ugyan makaes fennállás után gyógyultak, de közben elszórtan mindig újabbak keletkeztek a köztakaró különböző pontjain.

Jelenleg gyógyuló félben levő gummái vannak a hátsó garat falon, tonsillákon, az orrcsúcán és gyökén, a bal szemöldívén, a jobb fül mögött, egy a jobb kéz középső ujján, mely miatt az utolsó perczet amputálni kellett, továbbá a bal lábszár alsó harmadában és kb. 3 hete kezdődött egy kb. gyermek tenyérnyi a jobb lábszár közepén, a tibia nagyobb foku fájdalmas megvastagodásával, e felett most a bőr sötét vörös színű, kissé megvékonyodott és határozott fluctuatio érezhető. Lehet, hogy új gümma képződik a jobb kéz csuklójánál is, mert pár hét óta fájdalmas és duzzadtabb.

Testsúlya első bejövételénél 56·5 kgr. volt, közben az egyes recidivák alatt 3—4 kgr.-ot csökkent, de utánuk újra emelkedett, most 57·3 kgr. A hőmérsék állandóan 36·5°—37·5° között ingadozik, párszor elérte a 38°-ot. A belső szervek részéről semmi eltérés nincs.

A mi a therapiát illeti, a beteg a helyi kezeléseken kívül első ízben VII. intramuscularis injectiót kapott (0·10 gr. hydrargyrum salicylicum pro dosi), később VIII. tour 3 gr.-os resorbinos higany inunctiót, majd ismét VI. tourt. Folyó év júniusában III. hydrarg. salicyl. injectiót kapott s azóta újlag IX. tourt kent fel. Közben és részben a higany kurával egyidejűleg jodkaliumot szedett és pedig főleg az utóbbi időben nagy adagokban (egész 12 grig pro die) s ezeken kívül 3 ízben ivott 2—3 hétig Zittmann főzetet. E mellett az egész idő alatt a jó táplálás, a szervezet ellentálló képességének fokozása is főgondunkat képezte. Ezért oly jó hatása ilyenkor a Zittmann gyógymód; ezenkívül roborantiákat (chinin, vas, amarum, stb.) is kapott. E mellett arra is kell ilyenkor törekedni, hogy a szervezet lehetőleg ne telítessék higannyal, különben nemcsak hatását veszti el (megszokás), de egyenesen káros is lehet, miután az ilyen syph. alakok a higanyra igen különböző fokban reagálnak. Ezért tanácsos ilyenkor — mint itt is történt — a különben érelyes higany kurák között hosszabb szüneteket tartani, mialatt a beteg iodot, roborantiákat és Zittmannt szedhet. És talán részben ezen érelyes roborans kezelésnek is köszönhető, hogy a súlyos tüneteknek daczára a beteg subjective jól érzi magát, jó étvágya van és testsúlya is elég állandó maradt.

A prognosis jelen esetben is mint a legtöbbször syph. praecoxnál elég jó, remélni lehet, hogy a beteg 1—2 év alatt bajából végkép kigyógyúl, habár ez idő alatt egy pár recidivára, a melyek valószínűleg mindig ritkábbak és kevésbé intenzívebbek lesznek, még számítani lehet.

*Discussio.* MARSCHALKÓ tanár hozzászólásában megjegyzi, hogy souverain szer az ily syph. alaknál is a higany marad, csak bánni kell vele tudni; hiba lenne a higany kurát folytatni, ha látjuk, hogy a beteg nem tűri, mellette még rosszabbul kezd kinézni s esetleg a gum. daganatok gyógyhajlama nemhogy fokozódnék, hanem ellenkezőleg még csökken a higanyozás alatt. Elsőrangú gyógytényező ilyenkor az úgynevezett adjuvans kezelés, fürdő gyógymódok,

Zittmann kúra. A jód adagolása szintén javalt, annyi val inkább, mert annak a typosus gummás alakokra — mint a milyenek a jelen esetben is fennállanak — specificus hatása van, daczára, hogy a beteg még a syph. recens időszakában (a fertőzés alig egy év előtről datalódik) van.

4. DEMETER GYÖRGY dr. két bõrrákban szenvedõ beteget mutat be Marschalkó tanár klinikájáról, a kiket a CERNY-TRUNEČEK-féle methodus szerint kezeltek.

Cerny és Truneček 1897-ben a Semaine médicale-ban közölték módszerüket, azóta többen, különösen francia dermatologusok számoltak be ezen eljárással ért eredményekről. A gyógymód az epitheliomás területeknek arsenavas alkohollal való ecsetelésében áll. Az oldat összetétele a következő: Acid. arsenicos. pulv. 1·0. Alcohol abs. Aqua dest. aa. 75 0; az arsen fokozatosan 2<sup>o</sup>/<sub>10</sub>-ig növeltetik. Az ecseteléseket naponta egyszer végezzük; ecsetelés után a beteg terület kötés nélkül szabadon marad a czélból, hogy e helyen a környi levegõvel való érintkezés folytán oxydatiós folyamat és beszáradás által minél ellentállóbb és tömöttebb pörk képzõdjék. A következő ecsetelések a pörk leválasztása nélkül erre reá történnek, a pörk pedig az ecsetelések ismétlése mellett a levegõvel való állandó érintkezés következtében mindinkább vastagszik és sötétebb színűvé lesz. Ezen erősen tapadó pörköt leválasztani nem szabad, hanem az ecsetelések folytatása mellett, azon idõpontot kell bevárni, a midõn magától meglazul és leválik. Az így levált pörk magában foglalja az egész daganat elroncsolt szövetét, a helyén pedig egészséges sarjadzó szövet tünik elő, mely aztán behámosodik. Az első pörk leválása után ajánlatos a sarjadzó felületnek még egyszeri beecsetelése, hogy teljes biztonságot szerezzünk arra nézve, vajjon elpusztult-e csakugyan minden, a mi rákos volt. Ha az ecsetelés után vékony sárgás-zöldes pörk keletkezett, akkor nem szükséges az ecsetelés folytatása, mivel ez annak a jele, hogy a kóros részek az első pörkkel eltávoloztak; ha pedig helyenként vastag sárgás-barna pörkök keletkeznek, akkor az eljárás megismétlendõ, mivel ez azt jelenti, hogy e helyeken még rák fészkek vannak. Maga a kezelés alig fájdalmas, legfeljebb az első ecsetelésnél panaszkodnak a betegek égetõ érzésrõl.

S. Mihály 68 éves napszámost múlt év november havában vettük fel a klinikára. A beteg elmondja, hogy egy évvel megelőzőleg orrát megütötte, a mely megdúzadt, majd kifekélyesedett. Akkori állapot: az egész orrháton a bal orrszárnyra reáterjedõleg, részben sárgás-barna pörkkel fedett dúdos felületű, erősen infiltrált szélű fekély van, e mellett a jobb orrszárny teljesen hiányzik, a csupasz orrsövénny szabadon fekszik. Áll alatti, nyaki mirigyek nem tapinthatók. Diagnosis: epithelioma nasi, a mit a szövettani vizsgálat is igazolt. A betegnél 3 és 1/2 hónapig a Finsen-féle fény kezelést alkalmaztuk, állapota azonban nem javult és a kifekélyesedés gyorsan terjedt, jobb oldalt a szemzúg-felé. Folyó évi május havának közepén lett Cerny-Truneček-féle kezelés megkezdve. Az első ecsetelés után sárgás-barna pörk keletkezett, a mely az ecsetelések naponkénti ismétlése mellett mind vastagabb és vastagabb lett, és a fekélyedés nem terjedt tovább. Az oldat töménységével fokozatosan emel-

kedtek 2%-ig. Körülbelül 30 ecsetelésre a pörk magától levált, alatta szépen granuláló szövet maradt. Utó ecsetelésre vékony sárgás-zöldes pörk képződött, ezért folyó év június közepén az ecseteléseket beszüntették. Szept. végére indifferens kenőcsök alkalmazása mellett ezen terület majdnem teljesen behámosodott, kivéve az orrsövény alsó részén egy kis területet. A múlt hó elején e terület párszor beecseteltetett, de nagyon vékony zölde-sárga pörk keletkezett s így a kezelést befejezettnak kellett tekinteni.

Bár ezen eset végleg gyógyultnak még nem mondható (a daganat szélből legújabbban kimetszett részlet annak feltüntetése végett, hogy nincsenek-e esetleges mikroskopiosus rák-fészkek, most van feldolgozás alatt), azonban annyi tény, hogy az eredmény feltűnő. Pár hó múlva a beteg újbóli vizsgálatra berendeltetik.

A másik beteget, K. Gergelyné 70 éves napszámosnét, a kinél kezdődő epithelioma (ulcus rodens) van jelen, mint kezelés alatt lévőt, mutatja be; 25 ecsetelésre az epitheliomás területen elég vastag pörk keletkezett.

Ennél a kezelés eredményéről, valamint az előbb bemutatott beteg további állapotáról egy későbbi alkalommal fog a klinika beszámolni.

*Discussio:* MARSCHALKÓ tanár hozzászólásában megjegyzi, hogy az első esetben a rákos folyamat oly mélyre terjedt, hogy az orr- és szemüreg közelségénél fogva radicalis sebészi műtetre nem igen lehetett kilátás; ő sem hajlandó az esetet gyógyúlnak tartani, de ez esetben, a hol a folyamat — ellentétben a többi bőrcanceroidokkal — úgy látszik rosszabb indulatú, s gyorsan terjedt úgy a felületen, de különösen a mélyben is, az elért eredmény legalább is meglepő. Hogy az eset tényleg gyógyult-e, s hogy az arsennak igazán oly electiv hatása van-e a rákos szövetre, mint pld. a pyrogallolnak a gümös szövetre, arról egy későbbi alkalommal — ha a beteget hosszabb idő múlva ismét berendelik — szándékozik az egyesületnek referálni.

BUDAY tanár kérdi, mi előnye van ennek a kezelésnek a sebészi felett? Az így támadt discussioban részt vettek MARSCHALKÓ, BRANDT, SZABÓ tanárok, valamint GENERSICH magántanár is, a ki a jövő szakülésen egy ehhez hasonló beteget ígér bemutatni.

5. ROBBÉLY SAMU dr. tordai közkórházi főorvos betegbemutatással kapcsolatos előadása.

„Laparotomia gümös hashártya gyuladásnál“ (L. Értesítő jövő számában)

*Discussio:* BRANDT tanár a következőket jegyzi meg: Az előadó úr műtét után gyógyúlt betegének bemutatása alkalmából kiemelve, hogy a hasüregben több helyen tumorokat talált s ebből kifolyólag bélstricturákra következtetett, miután a műtét alkalmával csak a vakbél körül talált adhaesiokat említi fel, melyek oldása és a has seb zárása után oly gyógyulás következett be, melynél a beteg napról-napra gyarapodott, azt a kérdést teszi az előadóhoz, hogy miután a műtét előtt nemcsak a vakbél táján, hanem a balhypo-gastriumban is több tumort talált, a midőn is a hasüreget már megnyitotta, a vakbélben lévő állítólagos adhaesiokat oldotta, minthogy az említett daganatok által okozott stricturát vett fel, miért nem vizsgálta meg a vakbél táján kívüli tumorokat is, a netalán általuk is okozott stricturáknak a constatálására?

Ha a beteg a vakbél körüli adhaesiók egyedüli oldása után javült, épült, akkor talán felvehető még pedig annál inkább, mivel az előadó úr a műtét alkalmával a felemlített tumoroknak létét nem constatálta, hogy ezek nem is léteztek, csak peritoniticus adhaesiók a vakbél körül, s így miután strictura alatt azt szoktuk érteni, a midőn ürmenetek falában oly szöveti elváltozások (képleti vagy lobos folyamat) alapján jött létre az ürmenet szükülete, a jelen esetben előadó nem is beszélhetett stricturáról, hanem oclusioról.

A mi a bél tuberculosist illeti, megjegyzi BRANDT tanár, hogy az imitt amott, mint a tüdőbeli is, gyógyulni szokott rendszeres diatás kezelések mellett, és ha nem általános, hanem localis affectiot képez valamely bélrészletben, operációs eljárás következtében, melylyel a localis affectio technikai lehetőség mellett úgynevezett bélresectio alkalmazásával teljesen eltávolíttatik, de akkor is, midőn technikai nehézségek ezt kizárják, az affücialt bélrész inactivitás állapotba helyeztetik oly módon, hogy affücialt helyen túli ép részek, tehát a centralis és periferiás részek, úgynevezett enterostomosis műtét által egy-sítettnek s ezzel egyúttal tehát azon szabad canalisatio állíttatik elé, melynél természetesen a zavart táplálási viszonyok a bélhuzamban mintegy teljesen rendbe hozatnak.

Sajnálátát fejezi ki BRANDT tanár, hogy utóbbi módon gyógyított kóresetet be nem mutathat, miután ezelőtt pár nappal igen jól táplált állapotban távozott a klinikájáról, a mely esetben a vakbélben, részben a felhágó colonban, mint nemkülönbön az ileumnak alsó részében talált tumort, a melynek a kiirtása kivihetetlennek mutatkozott s így a műtétet enterostomosisal végezte. Ezen tumoros részt tehát inactivitasba helyezte, a rendes canalisatiót helyre-állította s a művelet után a betegnek lázas állapota azonnal alább hagyott, étvágya beállott, emésztése rendbe jött s így a beteg napról-napra gyarapodott, vakbél-táji tuberculoticus tumora folyton apadott s a beteg ilyen állapotban hagyta el a klinikát.

PURJESZ tanár hozzászólásában megjegyzi, hogy szerinte az előadó által állandóan használt „stricturá“ csak lapsus linguae lehet, mert csak mechanikai szempontból letező stricturát érthetett.

*Előadónak* PURJESZ tanár helyreigazítása után kevés kijavítani valója maradt, minthogy a „strictura“ szó állandó használata tényleg lapsus linguae volt, mert míg föltételezhetette, hogy az obstructió tüneteket létrehozhatja egy bélstrictura is, addig gondolhatott arra is, hogy a belen kívül álló daganatból vagy lenövésebből származnak az oclusió tünetek. A mi a kiértett tumorokat illeti, megjegyzi, hogy azokat nem irtotta ki, mert hogy mekkora eltérések vannak a peritoneitis tuberculosa laparotomiával való gyógyításánál, még detalle dolgokban is, kitűnik abból, hogy míg a boroszlói nőgyógyász KÜSTNER principiell nem érinti a tub. göböket, s behagyja még a tub. adnexákat is, addig CZERNY Heidelbergben minden mirigyét s minden kóros részt kiirt.

SZABÓ tanár a bemutatott betegnél, az előrement megbetegedés „typhus“ voltát vonja kétségbe, azon lelet miatt, a mely a műtételnél a gümős hashártyalob eredménye gyanánt mutatkozott.

SZABÓ tanár hozzászólására előadó megjegyzi, hogy a beteg typhusa anamneszticus adat, s hogy typhusa volt, azt positive onnan tudja, mert a kórodán volt ápolás alatt.

6. Ugyancsak BORBÉLY SAMU dr. a jelen év folyamán végzett húgykő műtéteiből demonstrál 2 érdekes esetet.

a) Az egyik egy 11 éves fiúcska volt, kinél jan. 13-án végezte a *sectio altat*. A gyermek betegsége másfél éve állott fenn, az utóbbi időben folytonos vizelet csurgással, türehetetlen fájdalmakkal ad maximum lefogyott. A COLLIN-féle gyermek sonda a hogy a hólyagba jut, koppan s balra deviál. Vékony cystoscop hasonlókép jut a hólyagba, látni nem lehet semmit. Per rectum kiérzik a gömbölyű kép. A felfogott vizelet közömbös kémhatású, microscopium alatt sok hólyag hámon kívül különösebb felemlítetni való nincs. Ily lelet után tisztán látta, hogy akkora kő fekszik a hólyagban, hogy gátmetszés után, a mit a beteg kora egyenesen indical, csakis a seben át történő zúzás előremenetele mellett lehet a követ kivonni. Tekintettel arra, hogy az ily zúzott kő, úgy a hólyagban, mint a legóvatosabb kivonás mellett is a sebben oly fokú laesiot hozhat létre, a mi súlyos szövödményeket von maga után, ezt elkerülendő, végezte a magas hólyagmetszést. Mély chloroform narkosis *Trendelenburg* fekvés, PETERSEN féle tamponad, borsavas hólyag töltés, hólyag kifogás és rögzítés DITTEL szerint. A hólyag megnyitása után látni való lett, hogy a kő akkora, a mely az ejtett seben át nem vonható. Tompa úton feltolta a fundusról a peritoneumot, hosszirányban nyújtotta a sebet, a kő kivonása úgy is lehetetlen volt: daczára annak, hogy a detrusorok sértése miatt helytelennek tartja a hólyag haránt irányú megnyitását is, mégis a rectusok előleges bevágása után haránt irányban is behasított mindkét oldalt a hólyagba. Ekkor a kő óvatosan kiemelődik. A hólyag haránt sebet legfinomabb selyemmel, melynek szarait hosszúra hagyta, egyesíti a hólyagűr feől, rectus varrat, cystospexia.

A kivont kő oxalát, buzogány alakú, kerülete 16 cm, súlya 82 grm.

A további kórlefolyásból felemlíti, hogy a vizelet az 5-ik naptól intensív savi vegyhatású. A detrusor varratok, a rögzítő varratokkal együtt 6-ik nap eltávolítva granulatio szépen indul. A műtét 17-ik napján a hátsó hólyagfal a seben át prolabál, mely kellemetlen szövödményen kétféleképp gondolt segíthetni u. m. prothesis alkalmazásával, mely a prolabált falat visszatartja, a granulatiót nem befolyásolja, de folytonos nyomásával a nyákhártya decubitusát válthatja ki; vagy a hólyag sebének felrisszítésével és másodlagos varratok feltevésével. Ez utóbbit végezte, nem vált be, elgenyedte, de elérte a nyílás szűkülését, mely másfél hónap alatt annyira ment, hogy alig borsónyi anyaghiány maradt, a gyermek már húgyesőjén is vizelt. Ez időtől kezdve a seb kicsinyítése igen nehéz, renyhe gyógyhajlamot mutat, folyton izgatni kell, míg végre a fistula alig túsúrásnyi, a vizelet húgyesövön ürítettetik, de a sipolyon át is gyöngyözik. 5—6 ígnipuncturára a fistula teljesen záródik, hogy 2 hét alatt újból kitörjön, újabb cantherisatio, a seb zárul s a gyermek 5 hónapi kórodai kezelés után meghizva, gyógyulva távozik.

b) A második eset, hol a bemutatott 120 grmm. súlyú 16×20 cm. kerületű urat követ vette ki, egy 46 éves férfi. Ennél a hólyag bántalmazott-

sága  $\frac{1}{2}$  év óta áll fenn. Kezdetben stranguriái voltak, később kődarabokat ürített. Felvételkor belszervekben eltérés nincs, húgycső a legvastagabb sondának átjárható, vizelet vegyhatása közömbös, górcső alatt különös felemlíteni való nincs. Cystoscopi kép: hólyag alapján meglehetősen nagy, hosszával a test haránt tengelyére beállított részben szürkés, részben fehér kő, melynek bal vége intensiv dudorzos. A műtét előtti észlelet ideje alatt a beteg többször egész fillér nagyságu phosphát darabokat ürít, a melyeken feltűnő, hogy mind homorú-domború alakúak, homorulata fénylően sima, domborulata dudorzos. Beteg kora, a húgycső kaliber viszonya, mind a lythothrypsia keresztül vitelét indicálják, azonban tekintettel a cystoscopi képre, a mely oly nagy követ mutat, hogy a thryptorráli megragadás a legkisebb átmérőben is a thryptor legnagyobb kinyitását igényli, de tekintettel különösen arra, hogy a kiürült phosphat drbkák belfelülete oly simaságot és alakot mutat, a mely határozottan arra vall, hogy a phosphat lerakódás másodlagos, a kő maga phospháttal ellenkező chemismusu és kemény; ép ezért, mert nem látta biztosítékát annak, hogy eszközével ezt a nagy és kemény követ szétroppantani tudja, végezte a magas hólyagmetszést novemb. 20-án. Chloroform narkosis stb., mint az előbbi esetről. Hólyag megnyitása után a kő legkisebb átmérőbeni beállítása meglehetősen nehéz, a mi közben a kőről egész talérnagyságu phosphat concrementumok pattannak le. A kő kivonása nagy óvatosságot igényel s hogy a hólyag nyákhártyájának durvább sértése ne történjék a rectusokban mindkét oldalt bevág. Ugy az anyakő, mint a törmelékek eltávolítása után a hólyagot átvizsgálva, vércoagulumokat kimossa, cystospexia, varrat.

Miként látható, e bemutatott kővön azon hypothesis, hogy itt maga a kő igen kemény és a phosphat réteg csak másodlagos jelenség volt, a kő nagysága s alkata olyan, hogy a lythothrypsiát keresztül vinni nem lehetett: bebizonyosodott. A beteg jelenleg a kórodán fekszik, savi vegyhatású vizeletét már másnap spontán per urethram üríti és egészen jól érzi magát.