

## Jegyzőkönyvek

az „Erdélyi Múzeum-Egylet“ orvos-természettudományi  
szakosztályának orvosi szaküléseiről.

Elnök: PURJESZ ZSIGMOND tnr.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL dr.

### I. szakülés 1905. januárius hó 28.-án.

1. MÁTHÉ GÁBOR dr.: *Angina Vincenti ulcerosa egy esetét* mutatja be. Betege 22 éves jogszigorló, a múlt év szept. hó végétől 5 héten át kezeltetett CSIKY MIHÁLY dr. bőrgyógyászati tanársegéd által, nagy valószínűséggel bíró ulcus molleval. Közepesen erős, dohányos. Régebben torok bántalmai nem voltak. Nov. hó közepe táján először, november 24.-én másodszer, decz. hó 5-én harmadszor kereste fel, mind a három ízben néhány nap óta tartó torok fájásról panaszolva. A többször alaposan átvizsgált és csak a harmadszori jövetelkor subfebrilis temperaturájú betegnél mindannyiszor egy könnyű, de typicus *angina follicularis*-nak látszó képen kívül egyebet nem talált, melyet jellemzett, hogy majdnem teljesen csak egyik-egyik tonsillára szorítkozott; a szokásos gyógykezelés mellett lassú gyógyhajlamot mutatott: harmadízben pld. 15 napon át ingadozott hőmérséke reggeli 37·0—37·2° C és délutáni 37·7—37·9° C között; egy-egy pettyecske ebben vagy abban a folliculusban makacsul megmaradt, úgy, hogy a harmadszori megbetegedés láztalan állapotától számított 28—30 nap múlva sem voltak a tonsillák teljesen épnek mondhatók és kis csiklandás érzése még mindig fennállott. Deczember 10-én a jobb oldali tarkó és mindkét állszöglet és állalatti tájon egész borsó-mogyoró mekkorosságú, pár napon át érzékeny mirigy esomócskák fellépése észlelhető, melyek még most is jól tapinthatók. Decz. 12-én a bal alsó utolsó molaris buccalis gingiváján szennyes lepedékekkel fedett fekélyes lob keletkezett, mely 3—4-szeri lapis odzés után már megtisztult. Ez év jan. hó 19.-én, 9 nap előtt, most már negyedízben, ismét torokfájásról panaszkodott. Ez óta hőmérséke reggel 36·3—36·5° C, délután 36·8—37·2° C között. Csak a bal tonsillán megint az „*angina follicularis*“ képe

látható, de most a felső szögletbe pár nap alatt egy élesen határolt, nagy, lencsényi fekélyke keletkezik, két folliculus körül, folyton mélyebbre és mélyebbre hatolva a tonsilla szövetébe, alapja és meredek oldalfalai fedve vékonyabban-vastagabban, sárgás-fehér, elég könnyen levonható lepedékkal. Majd egy jó nagy lencsényi, csak alig bemélyedő, vékony, szürkésen áttűnő lepedékkal fedett fekélyke lesz látható az előbbi alatt, szintén két folliculus körül terülve el és két pettyecske lép fel a jobb tonsilla felső szögletében is. Foctor ex ore nincsen.

E szokatlan és az ismertebb angina egyikénck sem megfelelő kép egy „*Vincent angina fekélyes alakjának*” gyanúját keltette fel.

Ez a feltevése helyesnek bizonyult a lepedék görcsövi vizsgálata által, mert a bal tonsilla felső fekélyéből nyert készítményben igen nagy számmal és majdnem tisztán találta a Plant-Vincent bacillusokat és az ezen bacillusokkal együtt előfordúlni szokott spirillumokat.

Az eset pontos szövettani és bacteriologiai feldolgozása most van folyamatban és azt VESZPRÉMI DEZSŐ dr. magántanár úrral együtt végzik.

„*Vincent angina diphteroid alakjából*” készítményeket a múlt évben mutatott be JANCSÓ MIKLÓS dr. m.-tanár úr. Ez alkalommal betege szíves készsége folytán a typicus készítményeken kívül magát az esetet is demonstrálhatja, megjegyezve, hogy a bal tonsillaris kép kissé zavarva lett a vizsgálat céljaira lemetszett szövetdarabkák folytán.

2. HEVESI IMRE m.-tanár: a) *Nyílt lábszártörés elsődleges csonkolással gyógyult esete.* Kifejti az ilyen töréseknél követendő elveket. Fődolog a beállható sebfertőzés következményeit megakadályozni, a mi biztosan csak úgy érhető el, ha a törvégek által zúzott sebüreget minden rejtett zúga feltáratik és az egészséges sarjadzás megkezdődéséig nyíltan (tamponade-dal) kezelik. A hozzáférhetést rendszeren csak a törvégek resectiója biztosítja.

A bemutatott fiú egy hónap előtt lóval felbukott, a ló ráesett és így szenvedett bal lábszárán szilánkos nyílt törést. Mikor másnap a sebészeti kórodára hozatott, már mérsékelt helyi lob és hőemelkedés volt folyamatban. A seb teljes feltárása után a szilánkokat a lágy részekről elválasztva kiszedte, a szabálytalan, több hegyű törvégeket sodrony-fűrészszel rescecálta, a sebüreget sublimátumos jodoformpéppel kimázolva, tamponálta és a végtagot csekély súlylyal extenzióba helyezte. A sebür elég gyorsan kisebbedett; a törvégek a nagyon mérsékelt distractio mellett is úgy közeledtek egymáshoz, hogy ma már majdnem teljesen consolidált összenövés van közöttük. A még meglevő sarjfelületet Thiersch szerint hamar be lehet fedni.

Az itt hangsúlyozott elvet annál inkább tartotta felemlítendőnek, mert a kóroda egy majdnem ugyanazon időbeli esetében, melynél a primaer resectio elmulasztott, a beállott phlegmonet, genyes térdizületi lobot és általános sepsist sem későbbi feltárással, sem arthrotomiával, sem czombcesonkítással nem lehetett feltartóztatni.

Ezután intransplantatióra való eseteket mutat be, műtét előtti és műtét után; felemlítvén, hogy tapasztalatait eddig operált mintegy nyolczvan esetére alapítja.

b) *Pes calcaneo-valgus excavatus paralyticus* még nem operált esete négy éves gyermeknél, a ki tíz hónapos korában állott ki *poliomyelitis anterior*. Bénultak: a mm. triceps surae, tibialis post., tibialis ant., vagyis a lábszár leghatalmasabb izmai. Mégis biztosra lehet venni a kedvező eredményt intransplantatio útján, a melynek terve ez esetben: a sarokcsúcsra átültetendők a szárcapocsízmok és a hosszú újjhajlító izmok inai, a láb medialis szélére vagy a m. tibialis ant. inára a m. extensor hallucis iná és a m. extensor digitorum comm. longus inának fele. Előzetesen aponeuro-myotomia plantaris lesz végzendő. Így a deformitas correctiója, a sarok, valamint a külső és belső lábszél activus emelése lehetővé lesz.

c) *Pes calcaneo-varus excavatus paralyticus* gyógyúlt esetét mutatja be egy 11 éves leánynál, a kinél a hűdéses deformitas négy éves korban kiállott poliomyelitis ant. maradványa volt. Bénultak voltak: a mm. triceps surae, peronei, ext. dig. comm. longus. A *pes excavatus* erőszakos redressement-jához a medialis talpi lágy részek bőr alatti átmetszése volt szükséges, a melyeket egyszer középen, egyszer hátrább a sarok felé végzett, mindig csontig. Aztán két ülésben végzett intransplantatiókat. Először maximalis lábháti hajlításban a m. ext. dig. comm. longust rövidítette és oldalsó inaira, nevezetesen az úgynevezett peroneus tertiusra áthelyezte a m. ext. hallucis long. inát. Hat hét múlva középállásban a hátsó izomcsoportot vette munkába, a mikor is érdekes bonczani rendelleneséget fedezett fel: a teljesen normalis m. flex. dig. comm. longus mellett egy a m. flexor hall. long.-nak nagyságra, alakra és fekvésre teljesen megfelelő izmot talált, a melynek erős iná azonban kizárólag szintén a négy oldalsó újj hajlítását szolgálta. Ez utóbbi erősebb újjhajlító és az ép m. tib. post. inát tette át az *Achilles* ínra, környi csonkjaikat a rendes fekvésű közös újjhajlítóra akasztván. E műtét után 3 hónapra, most a leánya közönséges czipőben egészen jól jár, a láb állása — a bemutatott eredeti gipszmodellel összehasonlítva — tökéletesen jó, sarkát és lába fejét teljesen szabadon emeli. Bemutatja még egy hasonló gyógyúlt esetének fénykép- és Röntgen-felvételeit, a hol azonban a fennállott jelentékeny *genu valgum* miatt — visszaesés meggátolása végett — még a sípcsont felső végén ferde, vonalas osteotomiát is végzett.

d) *Ples planus, valgus staticus bilateralis* súlyosabb esete 22 éves szobaleánynál. Mindkét lába két év óta fájdalmas, eleinte a metatarsus-fejcecsknél, pár hó óta a lábtóben annyira, hogy már járni sem tudott. A láb-boltozat egészen le volt dőlve. Achilles-inak kifelé concavus ívet alkottak, lábháti hajlítás korlátozott volt. Öt hét előtt végezte már többször előadott és leírt szövевényes intransplantációs műtétét, egyszerre mindkét lábon. Gyakorlat által a bonyolult műtét tartama az első metszéstől az utolsó bőröltésig egy-egy lábon már 25 perczre reducálódott. A lábakat az áttett izmok túlzottan javított állásban képesek tartani. Két éves esetei a visszaesésnek nyomait nem mutatják.

3. ELFER ALADÁR dr.: RÖNTGEN-nel gyógykezelt *leucaemia* esetét mutatja be, a kinél 4 heti gyógykezelés után a fehérvérsejt szám 888,000-ról 4000-re szállott le. E mellett a klinikai kép is lényegesen javult. Pontos haematologiai táblázat magyarázata egészíti ki a bemutatást.

4. FÉLEGYHÁZY ERNŐ *tüdőrákmetastasis* ritkább esetét mutatja be. Előzetesen PURJESZ tanár a klinikai tüneteket ismerteti röviden, elmondva, hogy a 30 éves napszámosnő 1904 nov. 20.-án azzal a panaszszal jelentkezett, hogy egy hét óta nyilalásokat érez a jobb oldalában, forrósağa van, utóbbi időben csak ilve tud az ágyban maradni; ha fekszik, igen fullad. Vizsgálatnál kitűnt, hogy jobb oldalt a 3-ik bordától lefelé a kop. hang tompa, e fölött légzés nem hallható.

Punctiónál 400 cm<sup>3</sup> tiszta savót kaptak, a mely steril volt, szemcsés degenerált sejtek voltak benne. Aránytalanul erős dispnoë, orthopnoë. Hőmérséke 38—39° között ingadozott, lélekzések száma pedig 30—50, később még magasabb. Állapota napról-napra rosszabbodott és utolsó napjaiban hastáji fájdalmakról panaszkodott, objektive azonban semmi eltérés. Ezeknek alapján: *Exsudatum pleuriticumot* vettek fel, az erős dispnoët azonban nem tudták megmagyarázni. 1904. deoz. 2.-án exitus. Ezután

FÉLEGYHÁZI ERNŐ adta elő a kórbonczatani és kórszövetteni leletet. A hasüreg felnyitásánál feltűnt, hogy a gyomor összehúzódott, a kis görbület táján belövelt, itt borsónyi-babnyi fehér gübök vannak, a melyek összefolynak, igen tömöttek. Még nagyobb mogyorónyi daganatok vannak a nagy görbület közepe táján, hosszúságban egymással összekapaszkodva, keresztfúlfogva az omentum minust, a mely dudoros tömött tapintatú. Rekesz állás mindkét oldalt mélyebb, máj letolt. Mindkét mellürben savós-rostonyás folyadék, a jobban mintegy  $\frac{3}{4}$  l., a balban kevesebb. A jobb tüdő felső és mellső része a mellkashoz rögzített, felületön fibrin-lepedék. A bal tüdő kiterjedten odanőtt. A tüdők a nyaki szervekkel összefüggésben vétettek ki. A bal tüdő meglehetősen nagy, benne min-

denütt egyes vékony, mintegy a nyirok pályák lefutását követő hengerded, tömöttebb tapintatú részek érezhetők, a melyek rákosan infiltrált nyirok-erek benyomását teszik; a pleurán ezek jól kivehető hálózatot alkotnak. A metszés lapon a tüdő peribronchialis és interlobularis nyirokereinek megfelelően igen kifejezett tág hézagú rostos hálózat látszik, a mely *pneumonia interstitialis carcinomatosa*-nak bizonyult. Úgy a tüdőszövetben, mint a rostos hálózatban egyes tömöttebb, szürkés csomók és csíkok tűnnek fel, egyesek mintegy miliaris gümő, másutt a szemesék a nyirok erek lefutása mentén olvasószzerű csomókat képeznek. A hörgők körül a szemesék koszorút alkotnak, a hörg nyálkahártyája is rákosan infiltrált; a tüdő hylusa körül a szemesék nagyobbak, itt körülírt helyen a tüdőt légtelenné teszik, egyebütt légtartalmú. A jobb tüdő hasonló a balhoz, rekeszi széle azonban összenyomott, légtelen és a tüdőkapuban a rákos csomók nincsenek oly sűrűn, mint a bal tüdőben. A ductus thoracicus mellkasi része elég épnek látszik, átjárható.

A pericardium a bal gyomrocs felett és a bal fülese körül homályosan szemesés, mérsékeltlen belövelt. A hátsó mediastinum-ban a lép körül és a nagy csepleszben egy pár borsónyi-mogyorónyi rákos mirigy. A májban daganatnak nyoma sincs. A gyomor hátsó falán a kis görbülettől a nagy görbület felé terjedő harántul  $6\frac{1}{2}$ , hosszúságban 6 cm. fekély, mely a cardiától és a pylorustól egyenlő távolságban van. A fekély alapja és szélei igen tömöttek, kérgesek, helyenként felhánytak. Alapja a musculárisig terjed, fehéres, finoman szemesés, kevés kaparékot ad. A gyomor-nyálkahártyája egyébként mérsékeltlen belövelt, kissé megvastagodott, hasonlóképp valamivel vastagabb maga a muscularis is.

A bonczolás tehát annyit kiderített, hogy a rák elsődleges székhelye a gyomor hátsó falában van egy typicus kifekélyesedett *cancer fibrosus* képében. A tüdő rákos beszűrődése, mely mint valami tuberculosis miliaris acuta az egész tüdőre egyenletesen terjedt ki, a gyomorrák következtében lépett fel. A felterjedés a nyirok pályák útján történt, első sorban a hörgmirigyekre, a honnan retrograd úton a tüdő nyirokereit is elárasztotta. Ugyanekkor a szomszéd nyirokereik és mirigyek egyrésze is rákosan beszűrődött. Érdekesek még ebben az esetben a savós-rostonyás izzadmányok a pleura és a pericardium miliaris rákja következtében.

Górosói vizsgálatnál a gyomor fekélyes részéből készített metszetek széli részén kis területen ép gyomor nyálkahártya ismerhető fel, egyszerű vagy villa alakú, vakon végződő mirigyekkel, melyek a membrana proprián ülő hengeres sejtekkel vannak kibélelve és egyenként vagy többesszámban a felületen levő gódrücskébe nyílnak.

A mirigy kivezető csöveken fő és fedő sejtek ismerhetők fel,

tehát fundus mirigyeknek fololnek meg. Az ép és a kóros nyálkahártya között a határ éles. Utóbbi felületén egy darabon a fedőhám kriptái még megmaradtak, míg alatta a szövetrések sűrűn telve vannak kiesiny gömbölyű ráksejtekkel, a melyek valószínűleg a submucosából a nyirok úton jutottak át ide. A ráksejtek itt duzzadtak, halvány világoskék színűek, bennük a félhold alakúvá nyomott magvak s egyes sejtekben a nyákeseppék látszanak is. Az ép mirigyeket az ilyen sejtek lassanként tönkre teszik s helyükre lépnek. Még a látszólag ép nyálkahártyába is betör a rák s utánozza sejtsoraival a mirigyeket. A submucosa és mucosa határán a nyirok hézagokban el nem nyákosodott rák fészkek vannak. A legnagyobb fokú szövetburjánzás a submucosában látható, a hol a sejtek vékony kötegeket alkotnak, benyomódnak a kötőszöveti rostok közé, szétvongálják azokat, mi által a submucosa nyalábossá, szabálytalan sűrű szerkezetűvé válik. Egyes sejtekben van nyákesepp, de a degeneratio nem valami kifejezett, mert a sejtmag ép. A nyálkahártya a fekély széle felé a muscularis mucosaeval együtt hirtelen megszakad, s ezen a helyen a submucosa is jórészt hiányzik. A fekély alapon sarjadzási szövet látszik s bizonyos mélységig leucocyta invasio is. A fehér vérsejtek több magvúak és oly sűrűn vannak, hogy mindent elfednek. Alatta a finom reticularis stromában elnyákosodott rákfészkek ismerhetők fel, de mert a sejtsorok keskenyek, nem fészkes szerkezetet mutatnak, hanem olyan benyomást tesznek, mint valami zsírszövet. Még mélyebben a kötőszöveti rostok jutnak túlsúlyra s itt már ujonnan képzett ruganyos rostok is vannak. A belső körkörös és a külső hosszanti izom-rostokat a kocsonyás rákfészkek néhol szétzilálják, másutt egészen tönkre teszik. A fészkek szétterülők, rosszul határoltak, helyenként csak hosszú nyákos csíkból állanak. A rákos beszűrődés egészen a submucosáig terjed, a hol egyes rákos csomók még felismerhetők.

A gyomor melletti *nyirok-mirigyekben* is kis rákfészkek vannak, az elnyákosodás diffúznak látszik, mintha a stroma nyákosodott volna el. De vannak itt elég nagy ép fészkek is. A nyirok sinusok gömbölyű ráksejtekkel vannak telve, melyek a folliculusokat helyenként félkör alakban veszik körül.

A *tüdőmetszeteken* már szabad szemmel feltűnik, hogy a kötőszövet erősen fel van szaporodva, annyira, hogy a tüdőszövetet egyes lebenyekre darabolja szét s a lebenyeket is mindig kisebb szigetekre osztja. Az alveolusok a rendesnél kisebbek; edény és bronchus részek már így is feltűnnek. Kis nagyítással látszik, hogy a vastag kötőszöveti sűrűség tele van kocsonyás rákfészkekkel, de egy-egy el nem kocsonyásodott fészkek is van. Az alveolusok erősen össze vannak nyomva, néhol levált epithellel vannak kitöltve.

Egy-egy kocsonyás rákfészek itt is felismerhető, főleg az edények körül. A sziget szélén sejtűs góczok található, melyek kis lymphocytomáknak felelnek meg. A kötőszöveti sövetek tengelyi része meglehetősen sejtűs, rostos, a tüdőszövet közelében sejtűsabb, sarjadzásszerű, tele lymphocytákkal. Egyes kis arteriákban hyalin thrombus is van. A széleken a kötőszöveti septumok határán sok helyt van az alveolus hámnak olyan hengerded, köbös alakja, mint a milyen gümös és más interstitialis pneumonia szélein szokott lenni. Erősebb nagyításnál a WEIGERT-féle resorcinfuchsin festéssel látható, hogy a nyirokerek körül képződött kötőszövet ruganyos rostokban igen szegény, míg az összenyomott tüdőben van elég, tehát a kötőszöveti hálózat újonnan képződött s nem lehet nagyon régi. Haematoxylin-cosin festéssel a nyirokerekben a ráksejtek elég nagyok, gömbölyűek, a sejtest finoman szemcsés, a mag hólyagszerű. A kocsonyás elfajulás nem függ a fészek nagyságától, mert vannak igen kicsiny degenerált és igen nagy ép fészek is, mely utóbbiak környezetüket szemmel láthatólag összenyomják. A kocsonyás fészek az űrt teljesen kitöltik, míg az el nem nyákosodott fészek körül jól feltűnő világos rés van, egyrétegű endothel kibélelve. Alakra nézve a rákfészek többnyire hosszúkások, csak a hol sűrűn vannak a kocsonyás fészek, ott inkább alveolaris a szerkezet igen vékony stromával. 270-szeres nagyítással a kocsonyás fészekben a kötőszöveti vékony sövetek jelzik az összeforradást: a duzzadó anyag a kötőszöveti rések közé nyomul s a mechanikai szétfeszítés miatt sorvasztja a kötőszövetet. De nemcsak a praeformált résekben van kocsonyás anyag, hanem betolakodik ez még a kötőszöveti rostok közé is, azért olyan alakatlanok ezek a nyákhalmazok. Az elnyákosodott és az ép ráksejtek között a határ széles, a nyákos anyag a széli részeken van inkább. Oldalra nyomott magvakat itt alig látni, néhol azonban nyákeseppe lép fel intracellularisan, a magot oldalra nyomja, mire ez elhalványodik, kariolysis folytán csakhamar tönkre megy s a nyák kiszabadulva, a fészek peripheriáján gyűlik meg. A nyákos anyag aztán mechanice lehet hogy messzebbre is elnyomódik. Az ilyen sejtek gömbölyűek lesznek, az esetleg megmaradt sejtek pyknosisban láthatók. Mitosis nincs, ellenben direct oszlás és óriás sejtek a nyákos fészek szélén gyakoriak.

Végül a nagyobb bronchusok körüli kötőszövetben és a bronchusok nyákhártyájában is nagy rákfészek láthatók, a melyeket a nyákmirigyektől jól meg lehet különböztetni. Egy nagy fészekben az intracellularis nyák igen szépen látható. A tüdőszövet egyes helyeken erősen infiltrált lymphocytákkal s szinte tömörnek látszik. Néhol elég sok polinuclearis leucocytá vándorolt be a rákfészekbe. Ily helyeken sejtzáratok, vacuolák is láthatók. Néhol egyes magános ráksejtek is lymphocytákkal vannak körülveve.

Összefoglalva röviden a mondottakat, a gyomorra és tüdőre vonatkozó kórszövettani vizsgálat eredménye következő: A gyomorrák régibb a tüdőnél, kifejezetten rostos jellegű, a régibb helyeken koecsonyásan elfajult, főtömege a submucosában van, de a rák betör a nyálkahártyába is, a hol a mirigyeket tönkre teszi és utánozza. A stroma nem igen fogy, sőt gyarapodik; a musc. mucosae és a másik izom-réteg is meglehetősen megmarad, némileg még a ruganyos rostok is szaporodnak. Ezzel ellentétben a nyákos rész nem zsugorodik, hanem a stromát sorvasztja. A fekély felületén sarjadzás, leucocyta beszűrődés, fellazult vízenyős stroma, de necrosis schol sem látható. A rák a tüdőben nem annyira per continuitatem, mint inkább perivascularisan terjed, ezért vannak az aránylag ép tüdőszövetben is koecsonyás-fészkek a nyirokerekben. A nyirokerek körül új kötőszövet van, mely hegesedik, de ruganyos rostokban még igen szegény.

Gyomorrák után tüdő metastásisok nem ritkák, sőt az is elég gyakori, hogy a ráksejtek különösen a tüdő nyirokereiben szaporodnak fel, s úgy kitöltik azokat, mintha csak be volnának fecskenedezve; ritkaság azonban az, hogy ezen rákfészkek körül a tüdőben még kötőszövet is keletkezzék, a melynek hálózata a tüdőszövetet egyes mezőkre osztja, ép úgy, mint pl. egy hepatitis interstitialis chronica a máj szövetét. Ez a kötőszövet-szaporodás egyúttal a mellett szól, hogy a tüdőbeli elváltozás nem nagyon hirtelen keletkezett, a vastag tüdő sűvényekben vérecek, hörgők és nyirokútak lassanként mindig jobban összenyomattak, anélkül, hogy ez szembetűnőbb rosszullétet okozott volna; viszont azonban érthető, hogy az ily módon elváltozott tüdő mellett a két oldali mellkasi folyadék-gyülem igen erős dyspnoët idézett elő s hogy a halál azután gyorsan, alig két héttel az első symptómák után beállott.

## II-ik szakülés 1905 februárius 24.

1. KONRÁD JENŐ dr. bemutatása: *Intraabdominálisan megrepedt petefészkek: kystoma koecsonyosvarodással és kezdődő rákos elfajulással.* (L. „Értesítő” 29—33. lapjain.)

2. HEGYI MÓZES dr. bemutatása: 26 éves férfi beteg, a ki 1897-ben torna-órán bak-ugrás alkalmával a jobb karjára esett. Eltörött a jobb felkarja és kifeleződött a jobb könyök ízülete. Ugyanakkor 8 óra hosszat öntudatlan állapotban hevert és az egész testét göresök fogták meg. Kezelő orvosa előbb tetanusnak, majd epilepsiának nevezte a betegséget. Utóbb a beteg boldogult LAUFENAUER-hez, majd KRAFT-EBING-hez, FRANKL-HOCHWART-hoz és WAGNER tanárokhoz került, a kik mindnyájan *tetaniát* állapítottak meg rajta. A betegség időnként javult. 1903 januárius havában

megint gyakran léptek fel a görcsök s nagy fájdalmak gyötörték a beteget. Orvosa morphium befecskendéseket rendelt neki. Ezek csillapították a fájdalmat. Az adagokat fokozta úgy, hogy mikor a klinikára jött, már naponta 2 gr. morphiumot fecskendezett be magának. Ezt az adagot három hónapon át használta, 1905 febr. 1-én mint morphinista kereste fel a klinikát. A vizsgálatnál kitűnt, hogy a vézna, sovány betegnek mind a két karja és a melle sűrűn rakva volt tűszúrástól eredő sebekkel. A bal testfélen tetőtől-talpig anaesthesia, thermoanaesthesia, hypalgesia, baloldali hallás és látás csökkenés objectiv eltérés nélkül, szaglás- és ízérzés-hiány, baloldali látótér szűkülés voltak és vannak jelen ma is. A test jobb oldalán hyperaesthesia, hyperalgesia, thermohyperaesthesia, a sulcus bicipitalis internusban, a könyökön és a felkar külső oldalán fájdalmas pontok voltak és vannak most is. Jobbfelől Chvostek tünet. Az egész bőrön dermatographismus, paraesthesia. Stereognosis ép. Labilis kedélyhangulat. Nagyfokú suggestibilitás. A jobb sulcus bicipitalis internusra, a jobb könyökre, a jobb felkar külső felére gyakorolt nyomásra, valamint a FERENCZY SÁNDOR által észlelt karfelemelésre a tetaniához hasonló tonicus göres váltható ki a jobb karon. A göres átterjed a jobb tarkóra, a törzsre, majd az egész testre. A tonicus göresöt clonicus göres váltja föl.

Csatlakozik hozzá opisthotonus, gyors szív működés, izzadás, dyspnoë, fájdalmas arezkifejezés, fátyolos eszmélet s utoljára egy mély sóhaj vot véget a rohamnak. Ilyen roham spontán is szokott egy-két naponként fellépni. A roham a jelzett pontok (hysterogen zónák) nyomására megszűnik.

E tömeges és jellemzetes hysteriás tünetek alapján kétségtelen, hogy a betegség *hysteria virilis traumatica* és nem tetania.

3. SZILÁGYI GYÖRGY dr. *tetania chronica* egy esetét mutatja be, melyet febr. 23-án hoztak a belklinikára súlyos rohammal, a mely több órán át eltartott. Mindkét kéz szülész-kéz tartásban, lábak plantaris flexióban behajtott újjakkal. Chvostek tünet. Az esetnek érdekességet kölcsönöz, hogy 11 év előtt szintén volt tetaniája, mely iker-terhesség alatt lépett fel s fél évig tartott, most pedig 1903 ősz óta beteg, a midőn szoptatás alatt lépett fel s az elválasztás daczára is a múlt 1904-ik évben hosszabb-rövidebb szünetek után voltak tetaniás rohamai. Az elmúlt ősz óta gyakoribb és súlyosabb rohamai vannak s mivel már egy huzamban másfél év óta fennáll, chronicus tetaniáról szólhatunk.

4. KANITZ HENRIK dr. bemutatásai: a) *Finsen-fénynyel kezelt lupus vulgaris esete*. R. B. 20 éves nőbeteg másfél év óta áll a kolozsvári egyetemi bőrklinikán lupus vulgarissal radiotherapiai kezelés alatt. A bejövetelkor aránylag elég jó indulatú és csak az orra kiterjedő lupus kombinált RÖNTGEN és FINSEN kezelésre sokáig

javulást nem mutatott, sőt nagyobb kiterjedést nyert és a mélybe is terjedt. Múlt év okt. havában az orrot, felső ajkat és az arcznak szomszédos részeit kb. gyermektenyérynyi terjedelemben elfoglaló kifekélyesedett lupusos infiltratum volt jelen. Ekkor a beteget újból FINSSEN-kezelésnek vetették alá, melyet három hónapon keresztül: 1905 jan. elejéig folytattak. A FINSSEN-reactio tetőfokán állott, midőn pneumonia crouposa miatt a belkórodára tették át. Onnan egy hó előtti klinikánkra való visszatérésekor a reactio már teljesen lezajlott, a kifekélyesedett területek behámosodtak, infiltratumnak nyoma sincs, még lupus göbcséket sem találtak. Az azelőtt beteg területet finom, sima, puha, halványvörös bőr fűdi, bizonyosságául ama előnynek, a melylyel a FINSSEN-kezelés kosmetikai tekintetben más eljárásokkal szemben bír. Az arczon elszórtan látható néhány kisebb, keményebb, durvább heg, régibb kanalazásnak és paquelinézésnek képezi nyomát. Az esetet az észlelési idő rövidsége miatt nem lehet véglegesen gyógyultnak mondani, csak az biztos, hogy jelenleg lupusos elváltozás nincs jelen.

b) *Nagy kiterjedésű lupus mucosae oris orr-lupus kíséretében.* Gy. R. 18 éves nőbeteg 1905 jan. 18. vétetett fel a bőr-klinikára. A 3 év óta fennálló orr-lupuson kívül a szájiüreg nyálkahártyája is meg van betegedve. A felső ajak foghúsa erősen duzzadt, livid vörös színű, rendkívül érzékeny, érintésre fájdalmas, szövetében diffus, felületén dudorzos, igen puha infiltratum foglal helyet, mely helyenként kifekélyesedve, lencsényi kerekded, piszkos, sárgás lepedékekkel bevont, kissé alávájt szélű fekélyek képződéséhez vezetett. A kemény és lágy szájpadat egészen végig halványvörös, könnyen vérző, gombostűfej, egész borsónyi, a szeder felületéhez hasonló granulációk foglalják el. Az elülső garatíveken számos mákszemnyi szürkés-fehéresen áttűnő lupus göbese. A szájiüreg nyálkahártya lupusának felismerése egyrészt azért fontos, mert sokszor primaer módon lép föl, a bőrbeli folyamatot megelőzve, másrészt mert nem kezelve a cutaneus lupus gyógyulását késlelteti. Jelen esetben a nyálkahártya lupusnál is RÖNTGEN-kezelést kísérelnek meg.

c) Egy sajátságos bántalomban szenvedő egyént mutat be, a kinél a kórismét eddig még nem sikerült megállapítani. 43 éves napszámosnál 6 hét óta a jobb alsó állcsont széle mentén egy kb. diónyi, tömött, rugalmas tapintatú, ép hámmal borított tumor van jelen, mely éles, kissé meredek szélekkel bír, a szomszédos ép bőrterületek fölé és a bőrrrel együtt a csont felett könnyen elmozdítható. Mellette két kisebb hasonló tumorocska. Az elváltozás leginkább a trichophytiasisnak úgynevezett mély alakjára emlékeztet, de a negatív gomba-lelet kizárja annak jelenlétét. Épp úgy igen valószínűtlenné teszik az elváltozás klinikai sajátságai annak lueticus vagy tuberculosus eredetét. A szövettani vizsgálatok valószínűleg bővebb felvilágosítást fognak adni az eset természete felől.

*Discussio.* MARSCHALKÓ tnr. előadja, hogy a szövettani vizsgálatot az idő rövidego miatt még nem fejezhették be. Amnyi tény, hogy a szövettani kép meglehetősen eredeti. Hypertrophias, részben leucocythák által beszűródött felhám, entis és subcutisban idült lobos, főleg plasma-sejtekből álló beszűródés, mely természetsszerűleg leginkább a kitágult véredények körül helyeződik el, kitágult nyirok úrok, pár óriási sejt, a nélkül, hogy gümös-szövet benyomását nyernők. E mellett sajátságos nagy sejteket láttak, melyek bizonyos hasonlóságot mutatnak a rhinoscleromában előforduló MIKULICZ-féle sejtekkel. Ezeknek közelebbi természetéről egyelőre nem nyilatkozhatik.

5. LÖTE JÓZSEF tnr. előadása: „A kísérleti veszettség egy tünetehez“ czímmel. (Lásd Orvosi Hetilap 1905 évi 24. sz.)

6. FABINYI RUDOLF dr. előadása: „A vibratio érzésről“ czímmel.

*Discussio.* UDRÁNSZKY tnr. az eljárásnak hiányosságát látja abban, hogy az érzékenység fokát jelző küszöb értéket csak egyre apadó intenzitású ingerekkel határozza meg. Épen ezért kívánatosnak tartja, hogy a vizsgálati eljárás kiegészítették, illetve módosítottassék oly értelemben, hogy a küszöb értékek az ingerlésnek apránként fokozása révén is megállapíthatók legyenek.

### III. szakülés 1905. márczius hó 31-én.

1. MARSCHALKÓ tanár egy érdekes kórcsetet mutat be, mely egyaránt képes lekötni úgy a klinikus, mint a physiologus és pathologus érdeklődését is. Míg az idegbefolyás az izzadásmirigyek működésére ma már kétséget kizárólag ki van mutatva, addig majdnem semmit sem tudunk az idegek befolyásáról a faggyúmirigyek elválasztására nézve. E tekintetben a legtöbb szerző negativ álláspontot foglal el, vagy mint ARLOING az idegbefolyást a bőr faggyú elválasztására csak másodlagosan concedálja, a mennyiben felveszi, hogy az idegek a mirigyek sima izomrétegeire hatnak és így módon mechanice segítik elő az elválasztást. Annál érdekesebbnek véli bemutató saját esetét, mert tudomása szerint embernél az idegek befolyásáról a faggyúmirigyek elválasztására eddig semminemű concret támpont ninesen, a bemutatott esetnél pedig az idegrendszer befolyása a faggyúmirigyekre legalább is valószínű.

Az eset egy 33 éves nő betegre vonatkozik, a ki febr. 27.-én vétetett fel a kórodára. A beteg előadja, hogy kb. egy évvel ezelőtt olajtörés közben, az olajtörő gép forgója a bal oldali homlok táját a margo supraorbitalisnak megfelelően erősen megsértette. E sérülés következtében kisebb műtéti beavatkozásnak is volt kénytelen magát alávetni. Műtét után egy hónappal észrevette, hogy a bőr fejének bal oldalán nagyon érzékeny lett és zsíros lepedékkkel vonódott be,

Felvételkor a különben egészséges nő betegnél a homlok és fejtető bal oldali részén a bőr egy éles határokkal bíró területen, mely jobbfelé a középvonalon valamivel túl, hátrafelé a két fülkagylót összekötő vonalig, mellfelé a margo supraorbitalisig, illetve az orrhát közepéig terjed, egy sajátságos barnás színű, beszáradt felületű massa borítja, melynek részben való leválasztása után a hyperaemiás bőrfelület látható. Ugyanekkor kitűnik, hogy az említett massa tiszta bőrfaggyúból áll, mely felvételt a göresövi lelet is igazolja. A bőr az említett helyen élénk hyperalgesiát mutat, ugyanott a meleg és meleg-fájdalomérzés erősen lefokozott. A szemkóródán végzett vizsgálat kimutatta, hogy a szenvedett sérülés következtében lencse és üvegtest zavarodás van jelen. Az incisura supraorbitalisnak megfelelőleg egy heg van. Az említett elváltozások, melyek közt a fokozott faggyú elválasztás a legszembetűnőbb, pontosan a nervus supraorbitalis elágazódási területére localisálódnak s így nagy valószínűséggel felvehető, hogy az idegnek a trauma alkalmával elszenvedett valamely sérülésével állanak okozati összefüggésben. Egy esetleges műtét és a betegnek további észlelése fogja e feltevéss helyességét beigazolni.

*Discussio.* Hoor tanár felemlíti, hogy jelen esetben a szivárványhártya részleges hátrafordulása van jelen, a mi sérülés után elő szokott fordulni.

HEVESI magántanár ezélszerűnek látja a művi beavatkozást.

Ugyancsak MARSCHALKÓ tanár bemutatja azt a rhinoscleroma esetét, a melyet ezelőtt 2 évvel demonstrált volt a szakülésnek.

2. HEVESI IMRE magántanár bemutatásai:

a) *Ki nem irtható pylorus rák miatt végzett gastro-enterostomia gyógyult esete.* M. T. 59 éves napszámos folyó év febr. 26.-án azon tudósítással szállítottatott át a belgyógyászati klinikáról, hogy előző este olyan tünetek léptek fel nála, melyeket a fenyegető gyomor átfürödés jelenségeinek lehetett tartani: hányás, esuklás és a hasfalak érzékenysége. A kimutatott gyomortágulás okául ulcus pepticum nyomán támadt heges pylorus szűkültre lehetett volna gondolni a régebbi előzmények és azon körülmény alapján, hogy a szabad sósav a gyomornedvből még most sem hiányzott. De a rákos elfajulás lehetőségét is fentartottuk, noha csak homályosan lehetett a jobb epi- és mesogastrium határán resistentiát érezni; ugyanitt tompulat volt. Has mérsékeltén puffadt, testsúly 47-100 kgr.

A rögtön a szegycsonttól a köldökig nyúló metszéssel meg-ejtett laparotomiánál a tetemesen puffadt haránt vastag bél mögül előhúzott gyomor pylorus felé eső részének mellső felületén számos fehéres, lencse-borsónyi lapos apró dudorokat mutató, kemény, nyilván rákos csomócska volt elszórva. Maga a pylorus hosszúka, lapos tumort alkotott, mely a hátsó hasfalhoz megmozdíthatatlanul hozzá-

nőtt. Ily körülmények között a pylorus táj még megtekinthető sem volt. A belek, különösen a jejunum kacsok tágultak, élénken belöveltek, alig fénylők voltak, rajtuk számos rostonyafonál tapadt. A beteg elesettségére való tekintettel a legegyszerűbben és leggyorsabban kivihető *gastroenterostomiát* a *g. e. antecolica anteriort* végeztem. (WÖLFLEK). A technikai részekből megemlítendők: Az elvezető szárnak a *gyomorral isoperistalticus* fektetése (LÜCKE-ROCKWITZ), az anastomosisra felhasznált jejunum kacsnak a frontalis síkba helyezése kb. 50 cm.-nyire a duodenumtól; gyomorseb a mellő fal közepo táján, ferdén jobbról-balra és lefelé haladó vonalban (MIKULICZ); hosszirányú bélséb; az összes rétegeket fogó belső varrás előre haladó selyemfonállal, LEMBERT módjára öltögetett külső folytonos varrat catgut fonállal. Az ú. n. sarkantyúképződés ellen az oda vezető szárat a cardia felé, KADER javaslata szerint, a gyomor falára felgügesztettem.

A SCHLEICH-féle érzéktelenítéssel kezdett műtétet chloroform bódításban fejeztem be. A has zárása előtt kb. 1½ liter meleg konyhasó-oldatot öntöttem belé. A gyógyulás folyamata zavartalan volt, jóllehet a beteg már nagyon elesett állapotban került műtét alá. Táplálása az első napokban per rectum, de már másnap per os is történt. Szemmel láthatólag erősödött; testsúlya jelenleg, 6 héttel a műtét után 53·8 kgr., tehát 6 kgr.-mal gyarapodott.

b) *Kétszeres bélresectióval gyógyított bélsársipoly esete.* D. J. 46 éves beteg előadásából az volt kivihető, hogy felvétele előtt 4 hónappal nyilván bal oldali lágyéksérvének kizáródását élte át azzal az aránylag ritka szerencsés kimenetellel, melyet az incarceration spontán gyógyulásának nevezünk. Ez úgy megy végbe, hogy a sérv képleteinek üszkös szétesése után az üszkös lob a bőrt is áttöri és így a bélsárnak kifelé nyit útát. Ha a sérvbennék egész bélkacs volt, *anus praeternaturalis*, ha csak a bélfal egy kitüremkedése vagy diverticuluma (LITTE-féle sérv), akkor fistula stercoralis lesz az eredmény. Betegünknel az utóbbi esetet vehettük fel, mert per anum is volt széklete, noha egy eredetileg teljes anus praeternaturalis is egyszerű sipolylyá alakulhatna át idővel, ha a centralis és distalis nyílásokat elválasztó ú. n. sarkantyú annyira visszaszűyedne, hogy a becanalisatio legalább részben helyreállana.

A lágyékárokban, a czombhajlatban, a borékon és a mony tövén 5—6 sipolynyílás vezetett befelé, merov, heges szövetek közé. A beteget kellemetlen, undorító és öt munkaképtelenné tevő bajától megszabadítandó, bélresectióra készültem s a műtétet f. é. febr. 8-án chloroform bódításban végeztem. A sipolynyílásokat megpörkölve, betűrtém és fölöttük a bőrt összevarrtam a tisztaság kedvéért. Az egész tenyéryí heges területet körülvágva, ép szövetekben igyekeztem beljebb hatolni, míg köröskörül a hasür fel nem tárult. Így

szabaddá lett a heges, sipolyoktól átjárt tömeggel együtt a vele összenőtt bélkaes, melynek orális szára nagyon tág és túltengett falú, aboralis szára sokkal szűkebb és vékonyabb falú volt. A esonkolásnál az előbbi jó távol vágtam át, de még itt is bővebb lévén a másiknál, a különbözetet ez utóbbinak ferde átvágásával egyenlítetttem ki. (Készítmény bemutatása.) Folytonos varrat belül selyemmel, kívül bélhúrral. Az összevarrás helyének erősítésére, illetve feszüléstől óvására, kerületének több mint felére rávarrtam a belfodor szélét, melyről a bél lenyíratott, mivel a bélfal meglehetősen szakadékonynak látszott. De az összenövésbe be volt foglalva a cseplesz is, melyet az elején csonkítva egyelőre félre tettem, valamint egy távolabbi vékonybélkaes is, vastag, merev, idült, lobosan elváltozott fallal. Leválasztásakor az összenövés helyén diónyi üreget tártam fel, mely genyet, bélsárt is tartalmazott s a bélürrel közlekedett. Mivel a beteg igen gyenge volt, kiterjedtebb resectio helyett csak a nyílást nyírtam ki, bélhúrral összevarrtam és a málékony bélfal erősítésére, részben pótlására köröskörül rávarrtam az előbb félrehelyezett csepleszesonkot. A beleket elsülyeszítve, a tátongó hasfal-sebet a BASSINI-féle gyökeres sérvműtét módjára zártam el, az alsó zúgban gazeccsik számára szűk nyílást hagyva. A borék és a félig csupaszon maradt mony bőrének hiányát szomszédos bőrlebenyek felhasználásával enyésztettem el.

A lefolyás zavartalan volt; a bélcanalisációjára a 3-dik naptól kezdett helyreállni. A seb varrt részei per primam gyógyultak, az elővigyázatból hagyott nyílás per secundam gyorsan zárult.

c) *Rhinoplastica gyógyült esete.* A bemutatott 27 éves Sz. Ny. nevű beteg lues következtében orrát majdnem teljesen elvesztette, csak az orrszárnyakból maradt meg az orrlikakat szegélyező, alig 1 cm. széles hegesen zsugorodott részlet. Az orr porczos és csontos váza tökéletesen elpusztult, még a homlokcsont orri nyulványa és az ekecsont is, úgy, hogy az orr helyén tátongó ürön át egyenesen a garatba lehetett betekinteni. Miután a bőrgyógyászati kórodán antilueses curáját befejezte, MARSCHALKÓ tanár a hiány pótlása céljából a sebészeti klinikára tétette át.

Az orrképlő műtétet 1905. febr. 14-én végeztem morphiumchloroform bódításban. Előrebocsájtom, hogy olyan képlő műtétknél, melyeknek célja valamely üreg falát pótolni, mint az orron vagy pofán, a leglényegesebb feladatnak tartom a felhasznált lebeny belső oldalát nyálkahártyával, vagy bőrrel kibélelni, a mi a zsugorodást egészen megakadályozza. Ezt a jelen esetben úgy értem el, hogy úgy, mint máskor, két oldalt a hézag szélein az arcz bőréből dülényded alakú lebenyeket készítettem, ezeket a hézag szélei körül középfelé forgattam, szabad széleiket betűrve, sebzett felületeiket a középvonalban egymáshoz, felül a hézag felső szegélyének, alul pedig az

orrszárnyak maradványainak felsebbzett széleihez varrtam finom catgut öltésekkel. Az egésztest a homlokból kellő formában kiszabott nyeles lebenynyel borítottam be, melynek közepén kb. 1 cm. széles, a homlokcsontból fűrészszel és vésővel gondosan a lebenynyel együtt leválasztott esonthártya és esontlécz húzódik végig. Az orr jobb alakját az első héten harántúl áthúzódo matrácöltések is biztosították. 5 héttel a műtét után még a csavarodott nyelet vágtam át, és egyengettem ki simára és részarányosra. A cosmetikai eredmény nagyon kielégítő, az új orr semmi hajlamot sem mutat zsugorodásra, mi az említett kibélelésnek és a csontos támasztéknak köszönhető.

d) *Neurofibroma multiplex s. racemosum* esete. A bántalom egy 9 éves paraszt fiú világra hozott rendellenessége. Bal felső végtagja a felkar közepétől kezdve egész a kéz közepéig majdnem kétszeresére megvolt vastagodva, a mint az a felkaron és könyök hajlatban végzett kiirtás helyének kivételével most is látható. A megvastagodás a felkar belső oldalán, a könyök hajlatban és az alkar hajlítói oldalán végig vonuló számtalan kisebb nagyobb orsóalakú tömött tapintatú csomónak, azonkívül az alkaron és főként a tenyéren a bőr és bőralatti kötőszövetnek elephanthiasisszerűen történt petyhüdt túltengésének köszönte jelenlétét. Az elváltozások helyzetéből és irányából a nervus medianus elfajulására lehetett következtetni. Mozcás- és érzés-zavarok nem mutatkoztak. Feltűnő azonban, hogy az összes ujjak valamivel rövidebbek és alapizületei amlyira lötyögősek, hogy hegyes szögig könnyen túlfeszíthetők.

A fiú apja különösen a könyökhajlatban levő, mint egy tojásnyi daganatot kívánta eltávolíttatni, mert fájdalmat okozott. Azért 1905 márcz. 17.-én chloroform bódításban innen és a felkarról 10—12 babnyi, egész datolya nagyságú orsóalakú csomót, továbbá számos dugóhúzószzerűleg csavarodott, különböző vastagságra fel-fel duzzadt, helyenkint pedig vékonyra befűződött köteget távolítottam el. Mindezen képletok a nervus medianus belsejében foglaltak helyet, ennek egyes kötegeit szétolva és mintegy köpenyként magukra terítve. Az egyes kötegek közötti hézagokon át feszes kötőszövetes burok felhasításával a csomókat jól ki lehetett hámozni. Azonban a felső és alsó végeiken beléjük, illetve belőlük haladó ezérnaszál egész pamutfonál vastagságú idegfonalaktól már nem lehetett őket izolálni, mivel ezekkel oly szorosán összefüggtek, mintha belsejükbe haladnának. Ha azonban a készítményeket figyelmesen szemléljük, a fehér áttetsző csomóknak burokrétegében látunk vékony, az idegfonalak folytatását képező szálakat végighúzódni. Ezek, harántmetszetek göresüvi vizsgálatánál is, velőhiüvelyes idegrostoknak bizonyultak. A szövettani vizsgálatot BUDAY tanár intézetében, VESZPRÉMI magántanár folytatja. A vizsgálat még nem haladhatott annyira, hogy a csomók belsejében idegelemek előfordulásáról nyilatkoznai

lehetne. A daganatok tömege valószínűleg az endoneurium fibromás elfajulásából áll. A műtét alatt még pontosan megfigyelhettem, hogy a daganatokon kifeszült idegkötegek közül soknak mechanikai ingerlése a hajlító izmoknak rángását váltotta ki, ellenben a csomókba mintegy bevonuló fonalak, vagy a belőlük kihaladók ingerlése ez értelemben hatástalan maradt. Utóbbiak tehát nem lehetnek mozgató rostok, minthogy vezetőképességük aligha szünt meg. A műtét seb per primam gyógyult; a beavatkozás működési zavart nem okozott.

3. GÓTH LAJOS dr. két intraligamentosus fibromát mutat be, melyek egyike per vaginam, a másik per laparotomiam távolítottatott el. Előbbi még szélesen függött össze a méh hátsó ajakával s így önként jelölte meg az utat, melyet az eltávolításhoz választani kellett, az utóbbinál a daganat magasabban feküdt és a méhvel össze nem függött, attól teljesen különvált s ezért a hasfalakon át kellett megközelíteni.

Az első esetben a kocsány elkötése után, a daganatágyból föllépett erős parenchymás vérzés miatt, az uterus totalis exstirpációjához kellett folyamodni, a beteg kb. 7 órával a műtét után hirtelen collapsus tünetei között meghalt. Hozzá tartozói kívánságára az autopsia mellőztetvén, a halálok nem volt kideríthető.

A második beteg meggyógyult. Előadó ismerteti azon nehézségeket, melyeket az ilyen különvált fibromának ovarialis daganatoktól való elkülönítése okozhat s hangoztatja azt, hogy ilyen esetekben a körülmények összevetéséből lehet ugyan bizonyos fokig következtetést levonni a daganat kiindulási helyére vonatkozólag, azonban apodicticus bizonyossággal sohasem dönthető el az, hogy vajjon nem-e egy magából a széles méhszalagból kiinduló fibromáról van-e szó.

4. KANTZ HENRIK dr. bemutatásai:

a) *Tuberculosis verrucosa cutis, lichen scrophulosorum és folliculisban* (tuberculide papulaneotique) szenvedő beteget mutatott be. A betegnél (Sz. V. 21 éves napszámos), ki f. évi márcz. 6.-án vétetett föl a kolozsvári egyetemi bőrklinikára, a bőrelváltozások 2 év óta állanak fenn. Mindkét kéz és lábhát, valamint a térdek és az alkarok alsó harmadának bőrén a tuberculosis verrucosa cutis jellegzetes góczai láthatók; a törzs bőrén lichen scrophulosorum van jelen, de csak gyengén kifejlődött alakban, a mennyiben a follicularis göbésék sem nagyobb csoportokba nem állanak össze, sem gyűrűket, serpiginosus vonalakat, vagy nagyobb kiterjedésű plaque-okat nem képeznek, hanem izoláltan álló gombostüfejnnyi, sárgás, barna, itt-ott pikkelylemezkével berített kúpalakú papulák alakjában foglalják el a folliculusok kivezető nyílásait. E két kóralakon kívül a végtagok, különösen a karok feszítő oldalának bőrén egyéb elvál-

tozások is láthatók. Kölesnyi, egész lenesényi barnás, vörös színű, tömött tapintatú papulák ezek, melyek a bőr felületesebb rétegeiben ülő infiltratumból állanak.

Ezen elváltozások egyik-másikának közepén gombostűfejnyi genyes bennékű hólyagoeska látható, a legtöbb papula közepét azonban egy piszkos szürke, igen erősen tapadó pikkely-lemez borítja. A papulák helyenként kisebb csoportokba állnak össze, vagy confluálnak. Az elváltozásokat a klinikai tünetek alapján a tuberculidok közé kell sorolni, még pedig azoknak azon alakjához, mely acnitis, folliculis vagy dermatitis nodularis necrotica név alatt ismeretes. E bántalom pathogenesisére vonatkozólag bemutató PHILIPPSON és TÖRÖK nézetéhez csatlakozik, kik az acnitis papuláit föllépésük módja és a szövettani kép alapján hämatogen eredetűnek tartják. A bántalom gümös természeté ma már alig szenved kétséget, a bemutatott esetben e mellett nemcsak az szól, hogy az acnitis két, nyilvánvalóan tuberculosisis bőrelváltozás kíséretében fordul elő, hanem az is, hogy a tuberculidok sok helyütt összefolyva, egészen a tuberculosisis verrucosának megfelelő góczokat alkotnak. A tuberculosisis verrucosa jellegzetes plaque-jai közül szétszórtan látható acnitis-göbésék valószínűvé teszik, hogy azok az utóbbiaknak összefolyásából származtak. Éppen a körformáknak ezen egymásba való átmenetele bizonyítaná azoknak közös eredetét. A beteg kötőhártyáin fönnálló elváltozás a lupus conjunctivae gyanúját keltette föl, de a szövettani kép trachoma mellett szól. Szervezeti tuberculosisist betegnél nem találtunk, esont- és mirigy-rendszer ép, még az anamnesisben sincsenek terhelő adatok.

Hozzászól: Hoor tanár.

b) *Kerion Celsi* (trichophytiasis profunda capillitii)-ben szenvedő beteget mutat be. A 14 éves fiúnak hajzatos fejbőrén 3 hó óta vannak elváltozások. Ezek több, számszerint 6, koronányi, egészen gyermek-tenyérszerű, éles meredek szélekkel plateau-szerűen a bőr niveauja fölé emelkedő korong alakú góczot képeznek, melyeknek szivacsos szövetéből a felületüket borító varrok eltávolítása után több nyílásból sűrű sárgás geny ürül. Az elváltozások helyén még látható hajszálak igen lazák, könnyen kihúzhatók. A haj állományában a trichophyton gomba telepei láthatók. A beteg RÖNTGEN-kezelésben fog részesülni.

5. BORBÉLY SAMU dr.: „*Második száz-sérvműtét*“-e eredményéről számol be. (Lásd Gyógyászat 1905, 17. sz.)

6. KONRÁD JENŐ dr. Placenta tumor esetét (chorio-angioma) mutatja be. (L. jelen Értesítő 34.—37. lapjain.)