

Jegyzőkönyvek

az „Erdélyi Múzeum-Egyesület“ orvostudományi szakosztályának szaküléseiről.

XII. szakülés 1909 október 2.-án.

Elnök: PURJESZ ZSIGMOND.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. PURJESZ tnr. elnök az ülést következő beszéddel nyitja meg:

T. Szakülés! Midőn az új munkaév kezdetén első találkozásunk alkalmával van szerencsém a t. szakülést üdvözölni, azt hiszem, nem túlzok, ha azt mondom, hogy még mindnyájan ama jelentőségteljes esemény hatása alatt állunk, mely néhány hét előtt a Budapestten tartott orvosi congressus alakjában folyt le.

Nem vonhatjuk ki magunkat ezen hatás alól, ha az ott megnyilvánult munkásságnak akár tömegét, akár tudományos jelentőségét vesszük figyelembe. Tíz-húsz esztendő az idők folyásában nem sok, olykor még ama kérdések történetében sem, melyek az orvosi világot mozgatják és melyek végső eredményeikben mind az emberiség jóvoltának előmozdítását czélozzák és mégis ha valaki, ne mondjunk sokat, csak tíz év előtt uralkodó szempontokból figyelj meg az orvosi tudományos munkásságot, melyet a congressus csak nagy méretekben tükröztethetett vissza, valóban ámulatba kell, hogy essék ama nagy haladás felett, mely egyaránt kiterjedt a felvetett és munkába vett kérdések számára, sokoldalúságára és belterjes művelésére nézve.

Midőn a hygienia művelése néhány évtized előtt az akkori orvostudományi kutatásokra mintegy reá nyomta bélyegét — és jól esik constatálhatnunk, hogy hazánk, az akkor ez irányban mértékadó férfiakkal: TREFORT-nak, MARKUSOVSKY-nak, FODOR-nak messze előrelátó kezdeményezése folytán nem foglalta el az utolsó helyet — egészen az a látszat keletkezett, mintha ez új irányból az orvosi ténykedésnek csak egyik iránya, t. i. a betegségek megelőzésére, az egészség megőrzésére vonatkozó törekvések, szóval a medicina praeventiva látna hasznot, a medicina curativa pedig egészen hát-

térbe szorulna. És habár igaz az, a mit nem rég egy igen jeles orvos a tuberculosis elleni küzdelemről szólva mondott, t. i. hogy az általános jólétnek csupán egy hajszálnyi javítása többet használ ezen betegség elleni küzdelemben, mint a sanatoriumok százai és bár ugyanezt lehet sok más betegség elleni küzdelemről mondani, úgy mégis nagyon egyoldalú felfogás volna az, ha azt hinnők, hogy az újabkori vizsgálatok a praeventiv irányokon kívül a tiszta curativa medicinának is bő aratást nem juttattak volna; sőt tették ezt nem egyszer éppen a praeventiv irányú vizsgálatokból kifolyólag és azokkal összefüggőleg. A lezajlott congressusi munka is tett arról tanúságot és mutatja a mindennapi tapasztalat is, hogy mennyire megszorodtak azok a gyógyeszközök, melyek a már kifejlődött betegségek leküzdésére, tüneteinek enyhítésére szolgálnak. Sokat lendítettek e tekintetben a folyton haladó vegytani ismeretek, a physikalis hatányoknak gyógyszerkincsünkbe az eddiginél nagyobb mértékben való bevonása, új physikai erőknak, tényezőknak és számos oly szerv physiologiai működésének és pathologiai mivoltának megismerése, melyekre nézve egészen a közel multig ismereteinknek meg kellett elégedni azzal, hogy azok létezését mintegy leltárilag sikerült megállapítani. A kutatások kiindulási pontja gyakran igen messze esik attól, hogy arra lehetne gondolni, miszerint azok eredménye a therapiával valaha valamely viszonyba jutna. Nem akarok az igénytelen békacszombjelenségre emlékeztetni, mely a ma oly szelvében használt villamos erő felfedezésének képezte kiindulási pontját és melyből a therapia is kiveszi részét. De ki gondolta volna pl. akkor, midőn FODOR a véráramba beecskendett mikrobák további sorsát kezdette vizsgálni, hogy a vizsgálatok kiindulási pontját fogják képezni ama nagy horderejű ismereteknek, melyet ma foglal magába a vér biológiája és psychológiája. Vagy tekintsünk egy közelebbi példát. Itt vannak a RÖNTGEN-sugarak; jó tanulság ez arra nézve, hogy újonnan felfedezett physikai tények, melyeknek első tanulmányozója és felfedezője, alapvető tanulmányai között bizonyára távol állott attól, hogy therapiás vonatkozásokra gondoljon, mily gyorsan, mily nagy kiterjedésben és mily áldásos sikerrel vétetnek a therapia birtokába. Élénk tanúságot tesznek ezek és hasonló adatok arról, hogy bár a tudomány igazi művelője, kutatásai közben mindenkor csak a pusztá igazságot keresi, tekintet nélkül arra, hogy a felfedezett új igazságoknak, új tényeknek van e gyakorlati értéke; ez új ismeretek rendszerint előbb-utóbb mégis az emberiség jóvoltának hatalmas forrásaivá lesznek. Máskor ily új igazságok egyes kiváló észlelőknek tulajdonkép csak sejtésén, vagy ha többet akarunk mondani, hypothesisén alapuló nézetéből indulnak ki. Milyen fölényes mosolylyal fogadták sokan néhány év előtt BROWN SEQUARD-nak ama kísérleteit, melyek bizonyos szervek ned-

vének az emberbe történt bejuttatása által, ha nem is az elmult ifjúság visszavarázslását, de legalább a még tartalékban levő erők új fellobbanását vélte elérhetni. És mégis jórészt ezek a kísérletek voltak azok, melyek révén számos oly szervnek, melyeket évszázadokon át, mint már említém, csupán anatómiai létezésükig ismertek, physiologiai rendeltetését kezdték tanulmányozni és ma ezek belső secretiójáról, a különböző belső secretiók egymáshoz való viszonyáról, gátló befolyásokról, egymás helyettesítéséről, illetve kiegészítéséről úgy beszélünk, mintha azok már ősidőktől fogva ismeretesek volnának. Mindezekből a therápia is kivette és kiveszi a maga részét; vagy ki nélkülözne ma gyógyszerkincsünkéből szivesen — hogy csak egy példát hozzak fel — az adrenalint?

Mindezen törekvésekről, szinte lázasnak mondható forrongásról, mely tudományunkat áthatja, a lefolyt orvosi congressus hű képet mutatott. Az ott megnyilvánult munkásság tömege, mely sejtetni engedti azt, hogy mily óriási tevékenység által kellett annak megelőztetni, csaknem nyomasztólag hatott; szinte bátortalanító hatástól kellene tartanunk, ha az ily szerény keretben mozgó társulat működését, mint a miénk is, az ott megnyilvánult méretekkel akarvánk összehasonlítani. Ez azonban csak az első pillanatra szóló látszat, mivel nem szabad feledniünk, hogy amaz óriás meg nem születethetett volna, ha annak alapját nem készítik elő egyesek és kisebb körök fáradozásai. Sőt a beható, az egyes részletekre kiterjedő munkára éppen az ilyen kisebb körök hivatvák. Azzal az óhajtással, hogy szakosztályunk az ilyenmű munkában jövőre is minél többben vegyen részt, van szerencsém a mai szakülést megnyitni.

II. MAKARA LAJOS dr. két beteget mutat be:

1. Az elsónél a végtagsontok számos jóindulatú *exostosisa* mellett egy *chondrosarcoma* is fejlődött a bordán.

A beteg P. H. 34 éves bognármester, kinek hosszú végtagsontjain az epiphysisek közelében számos, borsótól tojásuagyság közt változó, szeszélyes alakulású csontkinövés tapintható. A bemutatott RÖNTGEN-lemezeken jól láthatók e daganatok mindkét czombcsont alsó, mindkét sípcsont felső vége táján, továbbá a felkarcsontok felső, az alkarcsontok alsó végein. Ezen daganatok megvannak, a mióta csak emlékszik a beteg, bajt neki nem okoztak.

E csontos daganatok ártatlan természetű cartilagineus exostosisok. Három év előtt jobb oldalát megütötte, az ütés helye megduzzadt; a duzzanat nem mult el, hanem ott egy daganata támadt, mely eleintén lassan növekedett, majd f. évi május óta gyorsan nő és fájdalmakat okoz. Fölvételkor a jobb hátsó hónaljvonalban a 8. bordától a 10. bordáig egy kis gyermekfejnyi, gömbölyded felületű, tömött, helyenként kemény tapintatú daganat van, mely fölött a bőr

feszül, de elcsúsztatható, ellenben a daganat a bordákkal össze van növe. A daganat nyomásra, de önként is fájdalmas.

A leírt daganatot a bordákból kiinduló chondrosarcomának tartottuk. A bordadaganatok műtéteinél a pneumothorax veszélyeit jobban tudjuk elkerülni, a mióta az e téren végzett tanulmányokból tudjuk, hogy a légmell keletkezését kísérő vagy követő súlyos tüneteknek, az esetleges collapsusnak okát nem a lélegző felület megkisebbedése okozza, hanem részben a sérült oldali tüdő összeesése következtében beálló vérkeringés változás, részben a nyílt pneumothoraxnál beálló nagyfokú áttolódása a mediastinális lemezeknek. A mediastinum ezen átnyomatása az ép oldalra nemcsak a belégzést, de a kilégzést is korlátozza. A légmell hasonló körülmények közt súlyosabb jelentőségű a jobb-, mint a baloldalon. Minél kevésbé van korlátozva a tüdő összeesésében, annál nagyobbfokú a mediastinális eltolódás.

A műtéti légmell zavarait legjobban kiküszöbölik a pneumatikus kamrák és készülékek, sajnos, hogy azok ez idő szerint még nehézkesek és költségesek. Ezek hiányában ilyenmű műtéteinknél kétféleképp járhatunk el.

DOLLINGER módszere szerint előbb a mellkast megdrainezve, pneumothoraxot teremtünk s a gyökeres műtétet akkorra halasztjuk, ha a beteg a pneumothoraxhoz alkalmazkodott.

De operálhatunk egy ülésben is, ha az előrebocsátottak értelmében megakadályozzuk a tüdő nagyfokú összeesését és a mediastinum áttolódását az által, hogy a tüdőt a sobbe húzzuk és a mellkasrést műtét alatt tamponálással, műtét után teljes bevarrással elzárjuk. Műtét után a levegőt az elzárt mellüregből ki is szívhatjuk.

Esetünkben DOLLINGER módszere szerint jártunk el s szept. 9.-én helyi érzéketlenítés mellett a daganat fölött a 7. bordából egy darabot kimetszettünk és a jobb mellürt megdraineztük. A légmell keletkezése közvetlen nem okozott lényegesebb zavart, de már néhány óra múlva nehéz légzés és mérsékelt láz (38.2) mutatkozott. Ezen állapot tartott szept. 10. és 11.-én (légzésszám 30 körül, érverés 90—120 közt, hőmérsék 38.3—38.5 közt ingadozott), 12.-én az állapot javul, 13.-ára a beteg láztalan, nehéz légzése annyira javult, hogy a gyökeres műtétet e napon narcosisban végezhattük.

A daganat legnagyobb domborulatán hosszú, a bordákkal párhuzamos metszést ejtve, a daganat felületét szabaddá tettük, azután a 8. és 9. bordát a daganat előtt és mögött átvágva, a daganatot kellő terjedelmű ép mellkasfallal együtt kimetszettük.

A jobb mellüregen a műtét körülbelől 10 ctm. széles és 6 ctm. magas rést ejtett; a rekeszizom eredését a bordákról át kellett vágni; a hasüreg nem nyílt meg.

Műtét alatt a pleurarést gazecompresszekkel lehetőleg elzártuk;

a tüdő nem volt teljesen összeesve, miért is azt nem húztuk elő, mert a légzés zavartalan maradt.

Műtét után a pleuraürt teljesen elzártuk az által, hogy a rekeszizmot helyére visszavartuk, a draint kivettük s helyét tamponáltuk, a bőrsebet is bevarrtuk, csak a daganat helyén támadt ürt draineztük két napra.

A gyógyulás zavartalanul, láz nélkül folyt le. A beteg teljesen jól érzi magát. Átvilágításnál a rekesz jobb oldalt magasabban áll és kevésbé mozog, mint baloldalt.

A daganat szövettani vizsgálatát BUDA X tanár úr volt szives végezni. A vizsgálat eredménye: Sarcoma costae chondro-myxomatodes teleangiectaticum cum necrosi.

A bemutatott eset ritkaságszámba megy az által, hogy a teljesen jóindulatú exostosisok mellett támadt a rosszindulatú borda-sarcoma.

A műtéti eljárás menetét, a kísérő tüneteket és a lefolyást kritizálva, fölmerül a kérdés, nem lehetett volna-e a nyílt pneumothorax okozta bajokat is elkerülni, ha mindjárt a pneumothorax keletésekor elvégeztük volna a radikális műtétet is.

2. A második bemutatott betegnél *aneurysma arteriae popliteae sinistrae* van jelen. Az eset há nem is tartozik az irodalmi ritkaságok közé, mégis nem mindenkinek volt alkalma hasonlót látni, azért mutatom be műtét előtt.

J. G. 28 éves napszámos előadja, hogy mintegy öt hét előtt vette észre először, hogy bal térdét nem tudja teljesen kinyújtani. Ugyanakkor térdhajlásában egy kis diónyi lökhető daganatot tapintott. A daganat 2 hét előtt hirtelen növekedni kezdett, mind jobban fokozódó fájdalmakat okoz. Az utolsó napok óta lába zsibbadt és hideg.

Betegségekre nem emlékszik, syphilit tagad. WASSERMANN-reaktio nem végeztetett, mert a beteget csak tegnap vettük föl.

A beteg általában jól fejlett, egészséges. Szívcsücslökés az 5. bordaközben, a bimbóvonalon belől tapintható. A szív kopogtatási viszonyai, valamint a hallgatározási viszonyok rendesek. Érverés szabályos, erőteljes, percenként 96.

A bal térd tompa szögletbe van hajlítva, azt kinyújtani nem tudja. A bal lábszár és láb duzzadt, a bőrvénák teltebbek, a bőr halványabb, hűvösebb. A talpon a bőrérzés kb. tenyérynyi területen csökkent. A térdhajlásban egy nagyon feszes, lúdtójas mekkoraságú és alakú daganat van, mely nyomásra érzékeny, minden irányban lökhető. A löketés a szívveréssel összevág, a czombverőér összenyomására megszűnik. A daganat fölött gyenge, systolicus fuvó zöreje hallható.

Nincs kétség a felől, hogy itt egy spontán fejlődött, verőeres aneurysmával van dolgunk.

Gyógyítására a MATAS-féle endoaneurysmorrhaphiát tervezzük, mert a gyökeres műtétmódok közt ennél legkisebb a gangraena veszedelme. Az eddig közölt esetek gyógyulásaránya legalább sokkal nagyobb, mint a régebbi módszerekéi.

III. BRAUNSTEIN GÁBOR dr. egy pericarditis esetet mutat be, kinél pericardialis punctio lett végezve. A beszúrás a bal VI.-ik bordaközben, a bimbóvonaltól 1 cm.-nyire balra történt és közel 3000 cm³-nyi lúgos vegyhatású 1020 fajsúlyú véres exsudatumot eresztett ki. A cytologiai vizsgálat a folyamat tuberculoticus volta mellett szól, daczára annak, hogy a beteg vizsgálata sem erre, sem pedig más aethiologiai momentumra nézve útbaigazítást nem adott. A punctio után a beteg jobban van, dyspnoeája, cyanosisa kisebb, pulsusa gyérebb, regularisabb, az arterialis nyomás fokozódását pedig legjobban mutatja azon körülmény, hogy a diuresis egyik napról a másikra 600-ról 4000-re emelkedett.

IV. VERESS ELEMÉR előadása: „*Megfigyelések Scyllium és Thalassochelys szívéén*“ czímen. (L. Értesítő 115—124. l.)

XIII. szakülés 1909 október 9.-én.

Elnök: PURJESZ ZSIGMOND.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. GÓTH LAJOS dr. méhen kívüli terhesség egy esetét mutatja be, mely hat nap előtt operáltatott a nőgyógyászati klinikán. B. H.-né 253—1909. sz. 30 éves, házi f. OP. Utolsó M. 1909 június 25.-én végződött, 2 hónapi szünet alatt többször ájuldozott, de elájulva nem volt, 2 hónap után vérzéssel „egy húsdarabka“ ürült, azóta állandóan vérzik, gyengül, hasa puffad és fáj.

Vizsgálatnál tömegesebb retrofl. méhtest mellett j. o. magzatfej nagyságú képlet, b. o. tojásnyi, a képletek nem érzékenyek, hőmérsék normalis.

Miután több heti kezelés semmi javulást sem hozott, különösen mivel az anamnesis és lelet az ectopusos terhesség gyanuját is kelthette, műtétet ajánlatott, melybe azonban beteg nem egyezett bele és eltávozott. Kb. 8 hét után újra felvételét kérte, 3 hét óta újra vérzik, sokkal gyengébb. Képletek lényegtelenül kisebbek, egyebekben változatlan lelet.

Műtét (Prof. SZABÓ): Hasmetszés középvonalban. Perit. kiszegése. Trendelenburg. J. o. 2 ökölnyi, régi haematoma benyomását tevő képlet. Erős omentumösszenövések elkötése és lemetszése. Proc.

vermiformis erősebben odanőtt, de leválasztás után épnek látszik és visszahagyatik. Haematoma elől, hólyag felé lazán odanőtt, könnyen felszabadítható. Hátról lig. lat. és méh felé erős odanövések. Lig. latum széle, majd lig. susp. ovarii elkötve, lig. latum elkötése és az egész képlet lemetszése. Bal, ujjnyinál vastagabb tuba elkötések után ovarium visszahagyásával kiirtva. Synperitonealis egyesítések. Vér kitapintása. Hasvarrat. Collodium gázekötés. A lefolyás egészen kedvező, a műtét óta 6 nap telt el, a beteg jól van. Hőmérsék a második nap reggelén 37.2° volt, egyébként normalis.

A jobboldali képletet már a vizsgálat alapján ectopusos terhesség productumának kellett tartani, a műtétel ezt még inkább megerősítette. Teljesen biztos lett azonban a diagnosis az által, hogy baloldalt, kb. a colon descendensnek a sygmoideába való átmenetelénél sikerült a genit. utól egészen függetlenül, a mesenterium bél felőli végénél egy, kb. 12—14 hetűsnek megfelelő foetust találni, melyet laza álhártyából álló kocsány rögzített, melynek elkötése után könnyen eltávolíthatóvá vált.

II. NAGY SAMU bemutatja *mitralis stenosis*-nak baloldali *recurrens* hűdéssel kapcsolatos egy esetét és egy *Addison-kóros* beteget.

III. GÉBER JÁNOS a *spirochacta pallida*-nak tusejzárással való kimutatását mutatja be.

IV. STEINER PÁL dr.: *A cseplesz csavarodásáról.* Az ileus ritkább megjelenési formái közé tartoznak az elzáródás azon formái, a melyeknél a passagezavart a bélen ülő, vagy azzal összefüggő képletek váltják ki. Ide tartoznak a cseplesz, appendices epiploicae, a féregnyujtvány és a MECKEL-gurdély okozta elzáródások. A cseplesz csavarodása által okozott ileus a ritkább ileusféleések közé tartozik, OBERST 1882-ben közölte az első esetet és azóta 66 ilyen ismeretes. Esetemben az 52 éves nőt 1909 július 8.-án szállították a sebészeti klinikára. Itt előadta, hogy jobboldali kizárt lágyéksérvét 16 év előtt operálták. Azóta beteg nem volt, csak időnként a műtét helyén és a hasában fájdalmi voltak, melyek miatt többször napokig fekiünie kellett. Egy év előtt vette észre, hogy sérve újból kijő, a melyet önmaga vissza szokott helyezni. Két hét óta erősebb fájdalmi vannak sérve táján és hasában úgy, hogy járni is alig tud. A felvétel napján kétszer hányt, széke azonban a felvétel napján is volt. *Jelen állapot:* a jobb inguinalis tájon sima, halvány műtégi heg. A lágyéksatorna lefutása mentén tömött, cseplesztapintatú csomó, a jobb csipőárokban két ökölnyi csomó, mely a künnlevő csepleszszel szoros összefüggésben látszik lenni. A künnlevő cseplesz a hasürbe vissza nem helyezhető. Hőmérsék 37.2° C., érverés perczenként 100. Ezek alapján kizárt csepleszsérvre téve a kórjelzést, a beteget előadó azonnal megoperálta. Sérvmetszés, a vaskos sérvtömlő megnyitásakor

benne a tömlő nyakához két helyen friss szálaggal odanőtt csepleszt találunk. E két szálag átmetszése után a cseplesz még a kapu tágitása után sem volt előhúzható, miért is hernio-laparotomiát végzett. Ekkor kitűnik, hogy a csepleszen számos dió-kisalmányi bunkós csomó ül, melyek közül a cseplesz jobb felét elfoglalók vajsárgák, a bal félen ülők lividek. A cseplesz eredése kisujjnyi vaskos köteg, a mely tengelye körül kétszer 360°-ra megcsavarodott, az egyes spirálisok között összetapadás nincs, úgy hogy a visszacsavarás könnyen sikerült. A csepleszkocsánt katgutttal lekötve, a csepleszt eltávolítottuk. Az eltávolított cseplesz súlya 350 gm. Réteges hasfalvarrás, BASSINI-műtét. Zavartalan lefolyás. A beteg a műtét után 16.-ik nap gyógyultan távozott, jelenleg 3 hóval a műtét után jól van.

Esetünkben sérves egyénben keletkezett a csavarodás. A csavarodás létrejöttében egyfelől az előrement gyuladás okozta többszörös csomók, másfelől a cseplesz rögzítettsége lényeges elősegítő tényezőknek tekintendők, a csavarodás azon mechanizmus szerint jött létre, a hogy az két fix pont közt előállni szokott.

XIV. szakülés 1909 október 16.-án.

Elnök: PURJESZ ZSIGMOND.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. GERGELY ENDRE dr. a *congenitalis tuberculosis*-nak 2 esetét mutatja be. Felemlíti az ide vonatkozó irodalmat, melyből kitűnik, hogy 1903-ig csak 20 biztos esete van a cong. tuberculosisnak. A bemutatott első esete egy 20 napig élt fiúmagzat (bonczoltatott 1909 IX. 16.-án), kinek anyja a nála 1909 VIII. 24.-én végrehajtott művi koraszülés után 5 nappal elhalt erős baloldali vesetuberculosisból kiinduló meningitisben s miliaris tuberculosisban. A magzat 1350 gr. testsúlylyal született meg, hőmérséke subnormalis volt. A sectionál az 1130 gr. testsúlyú, 41 ctm. hosszú, 27 ctm. fejkerületű magzat *miliaris tuberculosis* mutatott s legfel ünöbb volt a májkapu és gyomor mögötti nyirokmirigyek erős megnagyobbodása s elszajtosodása. A magzatot anyja nem is szoptatta, hanem egészséges anyák kifejt tejével tápláltatott.

A második eset egy 15 napig élt, igen lesoványodott, 1600 gr. testsúlyú, 47 ctm. hosszú, 30 ctm. fejkerületű leánymagzat (bonczoltatott 1909 X. 15.-én). 2300 gr. testsúlylyal született meg, állandóan fogyott, állandóan láztalan volt és csak az utolsó 4 napban jelentkezett 36.9—37.8° C. közt váltakozó hőemelkedés. A magzat anyjánál a jobboldali tüdőcsúcs kisebbedése észlelhető, érdeesebb légzéssel és hallható kilégzéssel. A magzat bonczolásánál hasonlóképp előhaladott *miliaris tuberculosis* észlelhető a lépnek tetemes megnagyobbodásával.

gyobbodásával és a májkapu, valamint a gyomor mögötti nyirok-mirigyek erős megnagyobbodásával és elsajtosodásával.

Bemutató kifejti a congenitalis tuberculosist felvételének jogsultságát. A placenta egyik esetben sem állott a bemutató rendelkezésére, hogy azt megvizsgálhatta volna. A tuberculosist górcsővel is igazolja.

Hozzászól: GÓTH LAJOS.

II. KANITZ HENRIK dr.: Sebészi gyógykezelés után recidivált orr-rák esetét mutatja be. A 60 éves asszonyt 2 év előtt a sebészeti klinikán kezelték. A carcinoma már akkor az egész jobb orrszárnyat elfoglalta és a septumra is reáterjedt. Két paquelinezés után a beteg kibocsáttatott. Ez év nyarán traumával kapcsolatban újra kifeléyesedett az orra, azóta a fekély lassan terjed. Jelenleg a jobb orrfél csontját typosos kinézésű rákos fekély foglalja el, mely a bal orrszárnyra is reáterjed. Tekintettel arra, hogy a RÖNTGEN-kezelés után kiújuló rákok a sebészek részéről nem egyszer képezik bemutatás tárgyát, érdemesnek látszott ezen esetről referálni. Bemutatótól távol áll ezen eset kapcsán a bőrrák sebészi gyógyításának kiváló eredményeit kétségbevonni annál kevésbbé, mert a szóban forgó eset a rák lokalizációja és az orr nyálkahártyájára áttérése folytán azon esetek közé tartozik, melyeknél a sebészi gyógyítás a végleges gyógyulás szempontjából nem szokott kielégítő eredményeket adni. Csak azt óhajtja hangsúlyozni, hogy ha ilyen esetekben RÖNTGEN-kezelés után újul ki a folyamat, akkor ennek alapján a RÖNTGEN-kezelés ellen sem szabad állást foglalni. A beteg jelenleg RÖNTGEN-kezelés alatt áll.

Hozzászól: MAKARA LAJOS dr. A bemutató ez eset körtünetét vagy nem olvasta el figyelmesen, vagy rosszul értelmezi, mert a betegnél a terjedelmes arczrákot az ismételt égetéssel sem sikerült még mindenütt kiirtani, hanem az két ponton, az arcon és az orron újra mutatkozik, az előbbi helyen babnyi göb, az utóbbin a megmaradt orrszárnyról az orr nyálkahártyájára is áttérjedő fekély alakjában.

A beteg ugyanis két év előtt, az utolsó műtét után két hét múlva kiment a kórházból, tehát a mikor még égetett sebje begyógyulva sem volt, a sebészetten többet nem jelentkezett, ott őt gyógyultnak senki sem tartotta, sem nem mondta. Tehát itt nem recidiváról van szó, a beteg fekélye teljesen begyógyulva sohasem volt.

Az eset csak azt mutatja, hogy az ilyen előrehaladt, már az orrba terjedő arczrákokat a sebészi módszerekkel is nehéz gyökeresen meggyógyítani, mert a műtét terjedelmének kozmetikai szempontok szabnak határt, míg a további szükséges műtétekre az ilyen kevés intelligenciájú beteg idejekorán nem jelentkezik.

A mi csekély műveltségű betegeink a műtéttől általában félnek; a carcinomák operálása ellen már előre állnak elö, hogy a daganat vagy fekély nem fáj; ha pedig a műtéttel lelkiismeretüket is megnyugtatták, a betegség további vagy újrajelentkezésekor már nem fordulnak a sebészhez, hanem ahhoz, a ki műtét nélkül gyógyulást ígér — a kuruzslókhoz vagy a bőrgyógyászokhoz.

Már más alkalommal is elmondtam, hogy a carcinomák therapiájában sem elfogult nem vagyok a sebészi gyógyításmódok iránt, sem az eredményekkel megelégedve nem vagyok, de ma még a sebészi gyógyítás a legmegbízhatóbb módszer. A mennyire jogosnak és kívánatosnak tartok minden törekvést és kísérletet arra, hogy ezen a téren jobb módszereket találjunk föl, épp oly kevésbé helyeslem azonban, ha a kevésbbé hatásos, sőt bizonyos esetekre elégtelen radiotherapiás módszerrel eltöltjük az időt akkor, ha ez alatt a betegség rosszabbodása várható csak.

A bemutatott esetben sem tartom a radiotherapiás kísérletezést helyénvalónak.

Azon beteg, kit STEINER kartárs úr, mint a RÖNTGEN-gyógyítás után bekövetkezett kiújulást mutatott be, előzőleg itt a szakosztályban, mint gyógyult volt bemutatva s ugyanazon helyen állott be a recidiva. Ez mutatja, hogy a RÖNTGEN-gyógyítás bórrákoknál többször csak ilyen látszólagos gyógyulásra vezet. A sebészi gyógyításmódoknál is csak hosszabb ideig tartó ellenőrző és szakavatott megfigyelés után lehet az esetet gyógyultnak mondani, ilyenkor azonban a gyógyulás maradó is, a mint arról többször volt alkalommal meggyőződni.

KANTZ HENRIK dr.: MAKARA tnr. felvilágosítását köszönettel veszem tudomásul. Én az eset elbírálásánál a beteg kimondása és a sebészeti klinika kórtörténete alapján indultam el, a melyben egy szóval sem történik említés arról, hogy a beteg gyógyulatlanul távozott a klinikáról. A beteg pedig azt mondta nekem, hogy távozásakor gyógyultnak deklaráltatott. Ha a bemutatott esetben nem recidivával, hanem a folyamatnak folytatólagos tovaterjedésével állunk szemben, a mit én nem tételezhettem fel, akkor az eset természetesen más megítélés alá esik. Jelenleg a magam részéről indikálnak tartom a RÖNTGEN-kezelést. A radikális sebészi kezelés csak rendkívül torzító csonkolások árán volna keresztülvihető és végleges gyógyulást így sem biztosít. Ezzel szemben a RÖNTGEN-kezelés kozmetikailag sokkal jobb eredményt ad és mivel a rákos szövet a sugarak számára minden oldalról jól hozzáférhető, eredményesnek is ígérkezik.

III. KANTZ HENRIK dr. *emboliás lupus vulgaris* esetét mutatja be. Sch. R. 3 éves leány, felvétel a bőrgyógyászati klinikára 1909

junius 9.-én. Atyja állítása szerint 7 hó előtt kiütés keletkezett testén. A bőrelváltozások legnagyobb része rövid időn belül fejlődött, ugyanakkor a jobb láb kis ujjá is megdagadt. *Jelen állapot:* A bőrelváltozások körülírt góczokat alkotnak, melyek majdnem kivétel nélkül a végtagokon és arczon foglalnak helyet, a törzsön csak elszórtan van 1—1 gócz. A góczok száma kb. 150. Ebből az alsó végtagokra kb. 100 gócz esik. Itt a bőrelváltozások legnagyobb részét gombostűfejnyi-lencsényi, egész kétfillérfnyi, az írha szövetébe beágyazott, a felszínen csak kissé kiemelkedő, halvány barnás-piros, nyomásra sárgás barna, puha, elég éles határú beszűrődések alkotják, melyek fölött a bőr kissé hámlik. Ezen beszűrődések között elszórtan számos atrophias-heges folt tűnik fel, melyekben typosos sárgás-piros áttetsző lupusgöbcsék, vagy nagyobb, egész borsónyi hasonló beszűrődések láthatók. Végül látni lencsényi, egész fillérfnyi atrophias, az ép bőr színe alá süppedt foltokat. A kézháton mindkét oldalt tömöttes, vaskosabb kékes-piros beszűrődések vannak, a melyeknek felszíne sok helyen erodált. Itt piszkos-zöldes varr fedí őket, melynek levételekor vérzés támad. A felső végtagokon egyébként kisebb számban, de az alsó végtagokéhoz hasonló elváltozások. Az arczon, homlokon szintén lencsényi-fillérfnyi góczok, melyek élesen határoltak, az írha felszínesebb rétegeit foglalják el, barnás-pirosak, lágytapintatúak, a hyperaemia kiszorítása után barnás-sárgás színűek. A bal orrszárnny bőrében typosos lupusos beszűrődés.

A jobb láb kis ujjá háromszorosan duzzadt, kékes-piros bőrrel fedett, tömötten beszűrődött, a körömágy alól kevés geny ürül. Mirigyrendszer alig beszűrődött. Jobb tüdőcsúcs felett érdes légzés. A gyermek egyébként satnyán fejlődött, gyengén táplált, vérszegény.

A beteg kórházi tartózkodása alatt újabb góczok nem támadtak, a már meglevők legnagyobb része spontán javulást mutat, a mi a beszűrődések részleges vagy teljes felszívódásában nyilvánul. A teljesen gyógyult góczok helyén finom hegecskék, vagy atrophias foltok támadnak. A nagyobb beszűrődések (kézhát, orr) Finsen-kezelésre és pyrogallus-kenőcs alkalmazására szépen javulnak.

A leírt bőrtünetek a lupus vulgaris hagyományos jellegeivel rendelkező elváltozásoknak, vagyis typosos kinézésű bőrtuberculosisnak felelnek meg. Az emboliás pathogenesis mellett szól a góczoknak hirtelen és nagy számban való eruptiója és a góczok lokalisatioja, a mennyiben a góczok az emboliás bőrelváltozások praedilektió helyein, a fejen és a végtagokon keletkeztek. Bizonyítja továbbá a haematogen eredést az a körülmény, hogy a bőrelváltozások egy nyilvánvalóan emboliás eredetű gümős megbetegedéssel, carissal egyidejűleg támadtak. Ilyen körülmények között minden más magyarázat, mint a hogy a bacillus a vérárammal jutott a bőrbe, erőltetett. Esetünk azon kívül az emboliás bőrtuberculosis

egyéb jellemző sajátságait is mutatja, melyek közé tartozik a góczok kicsinyisége, gyógyulásra való nagy hajlama, az arczon való symmetriás lokalisatio, csekély hajlam a fekélyesedésre és terjedésre.

Emboliás lupus legtöbbször gyermekeknél, még pedig rendszeren heveny fertőző exanthemák után szokott keletkezni. Hogy esetünkben előzte-e meg ilyen a lupus kitörését, az nem volt megállapítható. A bőrtuberculosisnak egyéb alakjai is keletkezhetnek emboliás úton, így pl. rövid idő előtt emboliás scrophulodermát észleltünk a klinikán 17 éves leánynál, a kinél 2 hó alatt kb. 25 ilyen gócz támadt a testén. Természetes, hogy a bőrtuberculosis pathogenesisének megállapítása igen fontos a therapia és prognosis szempontjából.

Discussio: 1. VERESS FERENCZ dr. KANITZ kartárs bemutatása kapcsán felemlítette és két érveléssel igyekezett igazolni, hogy ezek a multiplex lupus esetek haematogén úton létrejött fertőzésen alapulnak.

Szükségesnek tartom felemlíteni, hogy ez a kérdés még ma is vitára ad alkalmat, a mennyiben a külső (inoculatiós) fertőzés hívei ugyanazokat az érveket fel tudják használni véleményük támogatására, mint a melyekre a haematogén-eredet hívei alapítják tanukat.

Az bizonyos, hogy lupus mind a két módon jöhet létre. Az is könnyen elképzelhető, hogy az a számtalan arcz- és orr-lupus, mely az összes lupus esetek legnagyobb részét teszi ki, *külső inoculatio, körömmel való fertőzés útján jön létre*. Ezzel szemben beigazolták már klinikailag és szövettanilag is egyes multiplex-esetek *haematogén létrejövételét*. Erről tehát kár is vitatkozni.

Van azonban a multiplex-lupusnak egy alakja, mely *gyermekeken* fordul elő *heveny fertőző exanthemák (morbilli, varicella, scarlatina) után*, melyet a többi lupusalaktól éppen ezen aetiologiai momentum alapján külön kell választanunk. Ezeket 1905-ben e kérdéssel foglalkozó dolgozatomban ¹ *lupus vulgaris postexanthematicus*-nak neveztem s klinikai, valamint szövettani alapon az uralkodó felfogással szemben *külső fertőzésen* alapuló, ú-n. *inoculatiós lupus*-nak írtam le és valom mai napig.

Az ellenkező (haematogén-) theoria legalább *ezekre* az eseteire a lupus disseminatusnak nem illik úgy, mint a külső fertőzés elmélete. Amazt különösen azzal támogatják, hogy a kiütések *nagy számban és egyszerre* keletkeznek: tehát embolisatio következtében.

Ezzel szemben bátor vagyok felemlíteni, hogy a lázas, exanthemától fedett, lobos, majd a hámlási időszakban sok helyen — legalább mikroskopiailag — sérült s a gyakran fennálló, utólagos visz-

¹ Über lupus vulgaris postexanthematicus. Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1905. 40.-ik kötet.

ketés miatt felvakart bőr kitűnő alkalmat nyújt arra, hogy egyszerre, vagy rövid időközökben több helyen fertőztessék akár a mindenütt könnyen felfalálható, akár a köröm alatti piszokban foglalt tbc-bacillusokkal. Ezt a nézetemet támogatja az a tapasztalati tény is, hogy ilyen postexanthematicus disseminált lupus többnyire szegényebb sorsú családok gyermekein található, a hol a Koch-féle bacillus a tisztaság hiánya miatt inkább otthonos.

Felfogásom igazolását vélem látni abban a körülményben is, hogy ezen a bemutatott gyermekben a száznál több *kiütés kivétel nélkül azokon a testrészekben fordul elő, a melyek a jobb és bal kéz kaparásának elérhetőek*, a mint azt itt demonstrálhatom is. *Ellenben egyetlen gócz sincs a hátán, a hova kezével eljutni nem tudott.* A jobb keze ügyébe eső területeken — minő például a jobb arczfél, nagyobb, régibb lupusgóczok vannak, mint máshol. A mi pedig a tbc-bacillusok eredetét illeti, valószínű ebben az esetben, hogy a fertőző exanthema (morbilli) előtt már a gyermek orrán lupus volt, legalább erre enged következtetni az egyik orrszárny régebbi defectusa. Így hát a gyermek vakaródzás közben annál könnyebben juthatott hozzá a Koch-féle bacillusokhoz, melyekkel bőrét annyi helyen fertőzte.

Mindezekkel szemben nem lehetetlen azonban az sem, hogy egy ilyen gyermekben haematogén úton is keletkezzék multiplex lupus.

2. GEBER JÁNOS: A bemutató nézetét tartja helyesnek. VERESS ellenvetéseire megjegyzi, hogy hasonló folyamatok nemcsak a gyermekkorban, de felnőttéknél is fordulnak elő. Saját maga is két ilyen esetet észlelt és szövettanilag vizsgált. Hogy heveny fertőző betegségek után általában gyakrabban látjuk az emboliás bőrtuberculosist, azt talán annak lehet betudni, hogy a gyermekkorban a bőrtuberculosis általában gyakrabban lép fel és nem lehetetlen, hogy az acut exanthema locus minoris resistentiát létesít a bőrben. A haematogén keletkezésre analogiát más chronicus fertőző betegségeknel is látunk, mint syphilis, lepra. Kizártnak tartja a vakaródzás következtében körömmel való átoltást már az elváltozásoknak klinikai lefolyása miatt is, melyek mindig a mélyebb rétegből a felület felé terjednek. Emellett szól a lábujjon lévő Caries. Az egyes góczok localisatiója, multiplicitása egyszerre és hirtelen való fellépése, mint azt a bemutató is kiemelte, szintén a góczok haematogén eredetére vallanak. Hogy VERESS az általa vizsgált esetben a haematogen eredetet szövettanilag kimutatni nem tudta, azt annak tudja be, hogy vizsgálatait későn ejtette meg, a góczok fellépése után majdnem két évre, mikor is már a primás elváltozásokat lehetetlen megtalálni és hogy vizsgálatait nem végezte sorozatos metasztetben. Ő eseteiben mindig ki tudta mutatni a primás phlebitist.

VERESS FERENCZ dr. válasza GÉBER hozzászólására :

1. Nincs tudomása arról, hogy a multiplex lupusnál található specificus elváltozások mindig a mélyebb rétegből terjednének a felület felé. Csak azt állíthatja, hogy az általa vizsgált és közölt esetben a szövettani kép közönséges, inoculációs lupusnak felelt meg.

2. Hogy esetében a szövettani vizsgálat későn történt volna s ezért a kezdeti elváltozások nem lettek volna megtalálhatók, arra nézve felemlíti, hogy UNNA hamburgi Dermatologiumában volt alkalma *egy valódi emboliás lupust* vizsgálni, a hol a legeslegrégebb góczok mindenikének közepén jól megtartott, sőt tbc. bacillust is tartalmazó vérerek voltak, jeléül a haematogén eredetnek. Ez az eset azonban 40 éves férfire vonatkozott.

IV. ZACHER PÁL dr. hullai epehólyagok bakteriumtartalmáról számol be. Összesen 96 epehólyag és 11 epekő képezte bakteriologiai vizsgálat tárgyát. Az epehólyagok között 55 öt, az epekövek között 7-et talált sterilnek. Az eredmény a következőkben foglalható össze: az epehólyag legtöbbször steril, gyakran még hosszabb időre a halál beállta után is. Hasi hagymázban elhaltaknál a typhus bacillusok állandóan megtalálhatók az epehólyagban és pedig nagy számban szinkulturában még akkor is, a midőn már sem a lépből, sem a vérből megejtett oltásokon nem mutathatók ki. Ezért az epehólyag bakteriologiai vizsgálata diagnostikai jelentőséggel is bír. Hogy mily gyakori a typhus bacillusok jelenléte typhusban elhaltaknál, az kiderül abból is, hogy más, nem typhusos esetekben, különben teljesen hasonló vizsgálati eljárással sohasem lehetett a kórokozó bakteriumokat oly határozott állandósággal az epehólyagban kimutatni. Nem typhusos esetben typhusbacillusokat egyszer sem sikerült kimutatni. Paratyphus nem került vizsgálatra.

Epekövek keletkezésében a bakteriumok nem játszanak oly nagy szerepet már csak az ő csekély számú vizsgálatai alapján sem. Különben is nehéz hullában eldönteni a bakteriumos eredetet. Utóbbi eredet mellett szólana az, ha a bakteriumok nem csak az epében, hanem az epe kőmagjában is kimutathatók. Epekőveknél leggyakrabban található az epében a bact. coli. Typhus bacillusokat epekőveknél nem talált.

XV. szakülés 1909 október 23.-án.

Elnök: UDRÁNSZKY LÁSZLÓ.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. ZACHER PÁL különböző specialis tenyésztő talajokat mutat be, a melyeket epehólyag vizsgálatainál a typhus és coli telepek elkülönítésére, részben csak identifikálására használt. Elkülönítésre

szolgáló talajok voltak a CONRADI—DRIGALSKI-agar, ENDO-agar és ERICH—KINDBORG-féle agar. Az első kettő minden tekintetben igen alkalmasnak bizonyult. Jó szolgálatot tesz az ERICH—KINDBORG-agar is, csakhogy a benne levő malachit-zöld (I. a) némely esetben késleltette a typhus telepek megeredését, sőt voltak olyan esetek is, a melyekben a malachit-zöld teljesen meggátolta a typhus telepek megeredését. Bemutató szerint, ha ERICH—KINDBORG talajjal dolgozunk, jobb azt malachit-zöld hozzáadása nélkül használni, ha biztos eredményt akarunk kapni. Identifikálásra használt talajok voltak a PETRUSCHKY-féle lakmusos-savó, a BURSCHKOW-féle lakmusos szőlő- és tejezükros nutrose oldat és a ROTHBERGER-féle nutrose vörös-agar.

II. GENERSICH GUSZTÁV dr., egyetemi magántanár: „A Czerny-féle diathesis exsudatíváról betegbemutatással“ czimen előadást tartott. Előbb bemutat 12 beteget, melyek a CZERNY által inaugurált néven beállított kórképnek majdnem mindegyik phasisára nyújtanak egy-egy képviselőt. Bemutat néhány felpállott gyermeket, kiknél feltűnő, hogy csak a hónalj és a fülszeleti táj van érintve, a hol tehát a tisztaság és ápolás hiánya kevésbé szerepelhet, mint a natesek erythemájánál, és a hol tehát exsudatiós hajlamról lehet szó. Bemutat 3 keratoconjunctivitis phlyctaenulosában szenvedő gyermeket, kik mindannyian PIRQUET szerint oltva rapid reactiót mutatnak, mégis kettőjükénél 8—10 napig alkalmazott sovány és növényi étrend mellett a hónapokon keresztül minden kezelésnek ellentálló bántalom hirtelen megjavul. Ezek az esetek tehát a CZERNY szerinti diathesis exsudatívában szenvedtek, s bár a PIRQUET próba után indulva bennük rejtett gümőkóros gócz is van, a keratoconjunctivitis nem a tuberculosisra, hanem a diathesis exsudatívára vezető vissza.

Bemutató azután előadja a CZERNY által beállított kórcsoport egyes tüneteit, felemlítve a lingua geographicát, a seborrhaea capillititit és crusta lacteát, az intertrigót, a prurigót, az asthmás tünetekkel járó tracheobronchitist, a torok garat orrgyűrű mirigy részének gyuladását, a pseudocroupot, a blepharitist, phlyktaenás conjunctivitist, balanitist, vulvitist és reátér a CZERNY-féle elmélet gyakorlati fontosságára, mely megtanított arra, hogy felfogásunkat számos gyermekkorban kifejlődő kóros folyamatot illetőleg megmászuk és a helyi kezelés mellett és helyett a diaeta megváltozásával általános kezelést vezessünk be.

Bemutató saját észlelései alapján elfogadja a CZERNY-féle kórképet és ajánlja a gyermekeknek helyesebb, öntudatosabb módszer szerint való táplálását. Ajánlja a falusi étrendet, mely kevésbé vezet túltápláláshoz és végeredményben egészségesebb gyermek, illetve emberanyagot képes nevelni.

Az előadáshoz hozzá szólnak Professor SZABÓ, Prof. MARSCHALKÓ és ELFER dr.

SZABÓ tanár *hozzászólásában* nagy fontosságúnak tartja, hogy a csecsemők élelmezésében is válogatni kell s az étrendnek nemcsak némely betegséghez, de általában az emésztő képességhez is alkalmazkodni kell. Túltáplálás a fejlődés korában feltétlenül szükséges, az egyéntől függ mennyit bír meg; az emésztés zavarainál, vagy ebből levezethető betegségeknel tehát, a mértéket kell eltalálni s ebben áll a gyógyítás. A gyakorlat szempontjából is értékes tanulmányok tehát, a melyek a csecsemők emésztésének képességét különböző természetű táplálék irányában vizsgálják és ez által képesítene a diæta rendezésével, módosításával nemcsak gyógyítani, de a további fejlődést is biztosítani olyan csecsemőnél, ki elpusztúlna, mert a neki nyújtott táplálék beteggé tette.

Túlzásnak tartja azonban előadónak általánosságban odavetett elvét, hogy a parasztek csecsemő-tápláléka a minta, szemben a műveltebb osztálynál s orvosoknál divó táplálással, mely válogatásában rossz. Az uri osztálynál egy beteg csecsemő felneveléséről van szó, a kit az életben meg akarnak tartani; a nép sok gyermekéből keveset tud az ő észszerűbb táplálásával felnevelni, a mint ezt sajnosan bizonyítja, az óriási halandóság éppen gyomor és bélhurut miatt. A tisztaság hiányából kénytelen sok bőrbaj között a fejkoszt és ótvart is származtatni, ezentúl is tanítani fogja, hogy az nem okoz nagyobb betegséget, ha azt a piszkos fejet megszábadítják a seborrhoeás varroktól, úgy a mint ezt a klinikán állandóan gyakorolja behozott nagyobb csecsemőknel. Nem tartja szerencsésnek, ha mindent egyoldalúan a régi időkbeli felelevenített *diathesis* elmélet alá akarunk vonni s egyéb befolyások előtt szemet hunyunk.

ELŐADÓ viszontválaszában következőket jelenti ki:

Félreértésen alapszik az, mintha előadó az emlőn való táplálás értékét kisebbíteni akarná. Ellenkezőleg. Hivatalos menhelyi működése közben egyebet sem csinál, mint minden anyát gyermeke szoptatására szorít. De bizonyíthatja, hogy a szülészek és bábák által fentartott szoptatási rendszer szerint túltáplálás áll be, mely nemcsak hogy célhoz nem vezet, hanem betegséget okoz, tehát káros. Főelv a gyermekgyógyászatban, hogy annyit kapjon a csecsemő, a mennyire szüksége van. Ezt pontos méréssel és calóriaszámítással állapítják meg. Ezen rendszer alapján testkilónként legalább is 100 calóriának bevitele czéloztatik, melyből 10% veszendőbe megy, 70% a test fentartására fordítatik és 20% a szervezet kiépítésére, fejlődésére jut. Tehát nem annyit adunk a gyermeknek, a mennyi belőle kimegy, hanem többet, de csak annyival többet, mennyi szükséges. A menhelyek inkább hypalimentációval kénytelenek megküzdeni,

mint hyperalimentációval, mert kevés a dajka, de künn a praxisban, az ambulatoriumon a betegségek 90%-ja túltáplálás által van feltelevé.

A CZERNY-féle theoria az, hogy főleg a zsírtöbblet az, mely károsan hat. Ezért a zsírmennyiség csökkentését célozza, de az így eleső calóriákat amylaceákkal pótolja. Ha a 3. és 6.-ik hónap között erre a célra bablisztes levest használunk, ez tudományos alapon történik.

A CZERNY által a diathesis exsudatívában szenvedő gyermekeknek ideiglenesen használt zsírszegény növényi étrend mellett a gyermekek nem hogy fogynának, hanem súlyban gyarapodnak. Mert bántalmuk a diæta által javul.

A parasztok étrendje korántsem észnélküli táplálék, hanem oly étrend, melylyel túltáplálás kevésbé lehetséges, tehát észszerű.

Az intertrigo kiváltásához hozzájárulhat a gyermeknek piszkos kezelése, de hogy nem minden kipállott gyermek elhanyagolás miatt lesz beteg, azt bizonyítják a leg gondosabban ápolt csecsemők ezrei.

A seborrhoea capillitii említésekor elejtett megjegyzés, hogy, ha a seborrhoeát nem tudjuk végig kezelni, akkor inkább hagyjuk úgy, nem jelenti azt, hogy előadó a részben piszokból álló bőrváltozásért lelkesedik, hanem azt, hogy tény, ha a seborrhoeás gyermekeket nem szakszerűen vesszük kezelésbe, nagyon könnyen fejlődik eczema, tehát medicina peior morbo.

XVI. szakülés 1909 október 30 -án.

Elnök: PURJESZ ZSIGMOND.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. MAKARA LAJOS dr. két beteget mutat be, kiknél a R. MATAS-féle endoaneurysmorrhaphiát végezte sikeresen. Az első beteget az okt. 2.-án tartott ülésen már bemutatta a szakosztálynak: a másik, a ritka esetek többször tapasztalt összetalálkozása szerint, azóta jelentkezett és operáltatott a klinikán. Miután az utóbbi tovább maradni nem hajlandó, bemutatja mindkettőt, bár az elsőnél a műtéti seb még nincs teljesen begyógyulva.

a) *Az első*, 28 éves férfi beteg, mint a múlt alkalommal említette, bejövetele előtt öt héttel vette észre bal térdhajlásában a lüktető daganatot, mely két hét előtt hirtelen növekedni kezdett és nagy fájdalmakat okozott.

A műtét kiderítette, hogy a hirtelen növekedés okát az aneurysma megrepedése és az így támadt gyorsan növekedő aneurysma spurium okozta.

Az erősen positiv WASSERMANN-reactio a mellett szól, hogy

az aneurysma okát a verőér syphilises megbetegedése okozta, daczára, hogy a beteg nem emlékszik a fertőzésre.

A műtétet okt. 6.-án, a beteg kívánságára narkosisban, végezte. Az ESMARCH-pólya föltétele után megnyitotta az aneurysmát, melynek falát részint concentricus vé alvadékok, részint a megrepedt 5 cm. hosszú, 2 cm. széles orsóalakúlag tágult, alsó részén zsák-szerűen kiöblösödő beteg edényfal képezte. Az egész üreg nagysága mintegy lúdtojásnyi volt.

Tekintettel az aneurysmás edényfal szakadékonyságára, nem végzett arteria plastikát, hanem az edény lumenét az intima két soros, folytatólagos, vékony catgut varratával az aneurysma hosszának megfelelően elzárta. Az elzárás az ESMARCH levétele után tökéletesnek mutatkozott. Általán az egész műtét nagyon könnyen és egyszerűen alakult.

A műtét rögtön megszüntette úgy a fájdalmakat, mint a lábszáron mutatkozott keringési zavarokat, de a beteg térdét teljesen kinyújtani még ma sem tudja. A sebüreget műtét után teljesen elzártuk, drain nem alkalmaztunk; ez nem vált be, mert a merevfalú üreg vérömlenye elgenyvedt, úgy, hogy később a sebet fölkellett nyitni és drainezni. MATAS is figyelmeztet a megrepedt és meglobosodott aneurysmáknál a drainage szükségességére. A betegnél különben ma már a genyedés megszűnt, a sebüreg kitelt, s a bőr-seb tisztán sarjadzik.

b) A *második* beteg B. S., 33 éves napszámos, előadja, hogy 4 hónap előtt egy társa véletlenül revolverrel jobb térdhajlásába lőtt. A sérülés bő vérzést okozott, mit csak az orvos kötése szüntetett meg. A sérülés után lába és lábszára nagyon megdagadt, úgy, hogy 2 hétig fekiüdni kellett. Ezután 3 hónapig teljesen jól érezte magát, de két hét óta lábszára megint fokozatosan megduzzadt és fájdalmas.

Fölvételkor a jobb lábszár felső és középső harmadában erősen duzzadt, a bőr piros, feszes. A jobb lábszár legnagyobb kerülete 42 cm., míg a bal oldalon csak 34. A térdhajlásban egy filónyi, kerek, kékes, sima bőrheg van, mely alatt állandó, de a systolával erősbödő surranás és systolicus lüktetés érezhető. Körülírt daganatot tapintani nem lehet.

Az előzményekből és a leírt tünetekből az arteria és vena popliteának a lövés okozta sérülését, illetőleg a sérülés következtében támadt arterio-venosus aneurysmáját állapítottuk meg. A RÖNTGEN-kép három begyógyult projectil darabot mutat, egyet hátul a csombbüttyök közt, kettőt a tibia hátsó felszínén. A műtétet okt. 11.-én végeztük tropococainos gerinczagi érzéketlenítésben. Daczára az ESMARCH-pólyának a számos, tágult vena zavarta a műtét menetét. A sérülés helyén a vena poplitea lazán trombotizálva volt, felhasí-

tása után a trombast eltávolítva kerestük a nyílást, mely a vonától az arteria felé vezet, ezt mintegy 5 cmmel mélyebben találtuk meg, mint lúdtoll vastag, közvetlenül az arteriába vezető lyukat. Az arteria falán, az említett lyukkal szemben és mintegy $1\frac{1}{2}$ cmmel alább egy második, hasonló nyílás is van, mely egy diónyi, részben vér-alvadékkal kitöltött álaneurysmás zsákba vezet. Ezek szerint a projectil a térdhajlásban behatolva nagyon ferdén lefelé és kissé előre haladó irányban átfurta kétszer a vena és kétszer az arteria falát. Az első vena seb (a trombosis területén) begyógyult, a második, mélyebb vénasebnek szélei összenőttek az arteria sebével és létrejött a kettő közt a közlekedés, a mi a vénák surranásában nyilvánult, s okozta a láb és lábszár pangásos megdagadását. A hol az artériát még egyszer átütötte a projectil, itt támadt a diónyi, traumás aneurysma spurium.

Mindezen viszonyokat a mintegy 14 ctm. hosszú sebben a vénának 8, az arteriának 4 ctm. hosszban történt fölhasítása után pontosan meg lehetett állapítani. Ezután az arteria lumenét az első esethez hasonlóan belső catgut-varrattal a felhasított hosszúságban elzártuk; a vena sebet finom érvarrásra való tüvel és legfinomabb chinai selyemmel szűcsvarrattal bevarrtuk. Az ESMARCH levétele után több vérző vénát és egy arteriás törzset kellett lekötni, mire a vérzés teljesen megszűnt. A sebet két üveg drainnel drainezve bevarrtuk.

A gyógyulás zavartalan volt, a keringésszavarok és duzzanat a műtét után megszűnt, s ma a beteg egészen könnyen jár.

A MATAS-féle eljárás tehát mindkét esetben teljesen bevált.

A mint eseteinkből látjuk, az arteria lumenében fekvő varratok, az aneurysma környékének kimélése mellett, a collateralis keringést nem zavarják. Az operabilis aneurysmák legtöbbször ezen műtét mód ajánlható, mert a régebbi eljárások a vérkeringést sokkal inkább veszélyeztették, az ideális műtetre pedig — teljes vagy részleges arteria plastikával — kevés eset alkalmas, s utána könnyebben támadhat recidiva.

II. SZABÓ JÓZSEF előadása: *A Wassermann reactio és a Nonne-Apelt-féle ammoniumsulfatos kémlés értékesítéséről a pszichiatriában.* (L. Értesítő 125—150 l.)

Hozzászól: JANCsó MIKLós.

III. GÓTH LAJOS előadása: *Válogatott fejezetek a méhfüggelékkelobos bántalmainak köréből.* (I. Bevezető rész.)

XVII. szakülés 1909 november 6.-án.

Elnök : PURJESZ ZSIGMOND.

Jegyző : KONRÁDI DÁNIEL.

I. IMRE JÓZSEF dr. két beteget mutat be.

a) Egy éves gyermek, kinek óriás terjedelmű, közepes férfiköl nagyságú *glioma retinae* van jobb szemében. Fél év óta nő a szemgolyó, melyben orvosa pár hónappal ezelőtt genyedést gyanított s meleg borogatást rendelt. A szemgolyó minden irányban tágult, elöl áttörve nincs, de a szemgödörbe feszesen van beszorúlva, éppen nem mozgatható; a nagy fokban kitágult szemhéjak az egésznek mintegy harmadrészét nem fedik s a szabadon levő kötőhártya gyakran és bőven vérzik. A daganat már nem operálható, mert a látó ideg mentén bizonyosan tova terjedt s mert a szűkvérű, gyenge gyermekre nézve az aránylag nagy sebzés is vészessé válnék. Ajánlja az ilyen szomorú képek emlékezetbe vésését, mert a korán végzett szemkivétel (enucleatio) mégis megmenti az operáltaknak mintegy ötöd részét.

b) 48 éves kovácsmester, ki a klinikára jött előtt két nappal egy lánczot akart elvágni s kinek e közben vasszilánk ugrott bal szemébe. A szem mérsékelten volt izgatott; a szaruhártya felső felében ferdén ki és felfele haladó, a pupilla felső széle előtt haladó repedt seb, összetapadva. A csarnok szűk, pupilla 4 mm. tág, elég kerek, lencse törmelékké zúzva; szemgolyó rendes feszülésű. Fel lehetett tenni, hogy a vasdarab az iris külső része mögött, a sugártájon van; a sideroskop eserben hagy, mert selyemszála épen elszakadt. A nagy mágnes (HAAB-féle) előtt 2—3 perc alatt, közepes áram használata közben sötét árnyék állt elő az iris külső tapadása (töve) előtt, majd elődomborodik az iris alól s megjelenik előtte a vasdarab vastag széle. Az operáló asztalon HIRSCHBERG kis mágnesével kijött az egész; terjedelme: $4 \times 3 \times 2$ mm., súlya 100 milligramm, tehát jó nagy. A szem öt nappal a műtét után mérsékelten belövelt, a pupilla 5 mm. tág, a lencse (melynek jó része műtét végén kiboacsátott) lapos rétegben fekszik mögötte, szem feszülése rendes, fényérzet s projectio hiánytalan. — Együttal bemutatja azt a 27 mm. hosszú, kacsorszerűleg görbült 3—8 mm. széles, hegyes és éles vasdarabot, mely egy lakatos szemébe július elején a felső szemhéjon át csapódott be, s melyet anguszthusban az inhártyából kissé kiálló hegyénél fogva csípővel húzott ki. A szemgolyó nemesak alakját, hanem még fénytörését is megtartotta, legalább a 2 hónappal hosszabb észlelés alatt.

II. BLUMENFELD SÁNDOR dr. és KAPPEL IZIDOR dr.: *Az opsonin index meghatározásának értékesíthetőségéről tüdőgümőkórnál.* Víz-

gálataikkal azt akarták megtudni, hogy mennyiben értékesíthetők az opsonin index meghatározásával nyert értékek a tuberculosis diagnózisánál, terapiájánál és prognózisánál. Diagnosticus értékéről főképpen a bovin vagy human typosú fertőzésre vonatkozólag akartak felvilágosítást nyerni és épp ezért első sorban különböző fajtájú bovin, human, gallinus tbc-bacillussal határozták meg az illetők serumának opsonin indexét. Másik cél az volt, hogy mennyiben lehetne ellenőrizni a therapeuticus tuberculin injectiók helyes adagolási nagyságát és idejét. Végül pedig olyan egyéneknél határozták meg az opsonin indexet, kik diagnostikai célokból kaptak tuberkulint, nem lehetne-e már a reactio előtt felvilágosítást kapni a diagnózisról, illetve nem lehetne megerősíteni már az O. I.-el., a reactio positiv vagy negativ voltát. Mindhárom irányú vizsgálataiknál nem sikerült olyan eredményre jutniok, melynek alapján többekévesbbé biztos következtetést vonhatnának. Ezért kijelentik, hogy az opsonin index meghatározása tapasztalataik alapján nem felel még meg a klinikai céloknak és annak a reményüknek adnak kifejezést, hogy ha a meghatározás körül felmerülő hibák, melyek legnagyobb valószínűséggel a technikai eljárás nehézkes eljárásából származnak, idővel kiküszöbölhetők lesznek, úgy talán nemsokára az opsonin index-meghatározások nagy és jó szolgálatot tehetnek a fertőző bántalmak diagnostikájában és terapiájában.

XVIII. szakülés 1909 november 13.-án.

Elnök: PURJESZ ZSIGMOND.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. STEINER PÁL dr. *Subkutan veserepedés operált és gyógyult esetét* mutatja be. A 27 éves vasúti fékező f. évi okt. 19.-én délután 1 órakor 2 teherkocsit akart összekapcsolni, midőn a mozdony a kocsikat meglökte s a kocsik a sínről kiugrottak. Az egyik kocsin vonó horga a fékező jobb oldalát odanyomta a másik kocsinak homloktalához, ezen helyzetből társai szabadították ki, nem ájult el, de hirtelen igen heves fájdalmak lepték meg a jobb hasfélben. A beteget délután 3 órakor a mentők a sebészeti klinikára szállítják.

Jelen állapot: Külső sérülési nyomok nincsenek. A beteg kis fokban elesett, érverése percenként 64; a jobb hasfélben nagyfokú fájdalomról panaszkodik, itt az izmok reflektorius összehúzódásban vannak, már tapintásra fájdalmat jelez. Felsőlításra vizelni tud, a vizelet erősen véres. Tekintetbe véve az erőművi behatás módját, a véres vizelést, a jobb hasfél és vesetáj fájdalomosságát, a jobb hasfélben észlelhető défense musculaire-t, a kórismét jobboldali veserepedésre tesszük. A betegnek nyugalmat és jégümlőt rendelünk. Az éj folya-

mán fájdalom nélkül spontán 2 ízben erősen véres vizeletet ürített, elesettsége, anaemiája fokozódott, egy ízben hányt, a reflektoriusz izomfeszülés, a gyomortáji fájdalommasság nőtt, ezért okt. 20.-án reggel, 21 órával a sérülés elszenvedése után, műtétet végzünk (MAKARA tanár). Tekintetbe véve a hasür esetleges bántalmazottságára utaló tüneteket, előbb median laparotomiával hatolunk be, hogy az esetleges gyomorbélsérülést ellássuk. A jobb hypochondriumból kevés vörhenyes savó ürül, a gyomor, valamint a duodenum vízszintes ágán subserosus haematoma, mely folytatódik a jobb vesetájon levő retroperitonealis vérömlenybe. A bal vesét kikapintjuk, épnek találjuk. Minthogy sem hashártya, sem bélsérülés nincs jelen, réteges hasfalvarrás. Ezután BERGMANN-féle lumbalis metszéssel a jobb vesét feltárjuk. A zsiros tok vízenyős, megnyitása után kb. $\frac{1}{2}$ liter részben folyékony, részben alvadt vér ömlik elő, kitörlés után friss vérezést látunk. *A vese alsó fele a hilus alatt teljesen leszakadt, szabadon fekszik vérömleny közé ágyazva, a felső fele a hiluson lóg, a repedés helyéről erősen vérzik.* A vesekocsány lekötése után a felső vesefélt eltávolítjuk. A sebet szűkítjük, drainezzük. A beteg egy ízben még véres vizeletet ürített, azután állandóan tiszta, idegen alakelemektől mentes vizeletet ürített, napi mennyisége 700—1200 cm³. A kórlefolyást 2 napig bronchitis zavarta, egyébként sima gyógyulás, erőben jelentékenyen gyarapszik és jelenleg 24 nappal a sérülés elszenvedése után gyógyult. (A kettészakadt vese bemutatása.)

A vese subkutan sérülései a ritkább sérülési alakok közé tartoznak. A hazai irodalomból ismeretes RÉCZEY esete, midőn magasból való lezuhanás; WINTERNITZ esete (FINÁLY), midőn elgázolás; DOLLINGER esete, midőn kocsiból való kiugrás okozta a vese megrepedését. A hazai irodalomban esetünk a negyedik. Ezek után előadó a veserepedések kórtanát és therapiáját tárgyalja.

II. JANCsó MIKLÓS és CSIKY MIHÁLY *paroxysmalis haemoglobinuria* esetről referálnak és a vérsavó haemolytikus hatására vonatkozó vizsgálatokról számolnak be.

XIX. szakülés 1909 november 20.-án.

Elnök: PURJESZ² ZSIGMOND.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

GÓTH LAJOS előadása: *Válogatott fejezetek a méhfüggelékek lobos bántalmái köréből. II. Hőmérsékriszonyok.*

XX. szakülés 1909 november 27.-én.

Elnök: PURJESZ ZSIGMOND.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. KENYERES dr. tnr. bemutat:

a) *Többszörös taetoválás esetét.* A taetoválás nálunk jóval ritkább, mint más országokban, kivált ott, a hol a nép sűrűbben járja a tengert; különösen katonaviselt embereknél találkozunk vele vagy egyik vagy a másik, kivételesen mindkét alkarnak hajlító oldalán, kezdetleges rajzok képében. Elárúlják ezek az illetőnek nevét, életkorát, foglalkozását, a fegyvernemet, melynél szolgált; akárhányszor vétenek a lovagias discrétió kötelessége ellen is, elárúlva az illető imádottjának nevét. Ez persze, a viszonyok változása esetén, néha alkalmatlanná válik, s az eltüntetés indokolttá lesz. Megpróbálják ezt különböző eljárásokkal; kikaparják a festék szemcséket, maró anyagokat kötöznek magukra, vagy pedig újabb taetoválásokkal fedik a régi rajzot. A bemutatott egyén az 51-ik cs. és kir. gyalogezrednél szolgált. Taetoválása 1903-ból ered, a mikor Bécsben egy fiatal ember őt és több társát a kaszárnyában rajzokkal díszítette. Egyik társa a taetoválás folytán tályogot kapott, kórházba került, s ezzel a multság véget is ért, mert a katonai hatóság vizsgálatot indított, a legények közül többet becsukatott. Ilyen módon sajnálatára bőrének további kidiszítése elmaradt, így is azonban a rajzok eléggé bőségesek.

A bal felkaron más rajz alatt elrejtve egy szívnek halvány körvonalai látszanak; a rajz nemcsak anatómiai szívnek nem felel meg, de még egy pogácsa szívnek is szőgyenére válik, hordozója nem is volt vele megelégedve és teljesen érthető, hogy azt elakarta tüntetni, a mi eléggé sikerült is; jelenleg a rajzot a magyar czímer takarja, fölötte látjuk Szent-István koronáját. A rajz nem egészen hű, talán azért, mert ott a hol készült, minta rendelkezésre nem állott. A czímer alatt köríratban K. u. K. Inf. t. . . R G M T N=51.

A jobb felkaron ököltre szorított tört láthatunk; ez vérengző természetre szokott mutatni; a bemutatott egyén tényleg ha nem is vérengző természetű, város részének fiatalága körében eléggé jó hírnévnek örvend. Ellentétben állónak látszik ezzel a rajzzal a mellkas jobb oldalának felső részén látható galamb — a béke jelvénye; — csak hogy itt a galamb nem a béke jelképe, mert esőrében pecsétes levelet hoz, valószínűleg gyengébb kezekből eredt. Hogy az illető tényleg jó indulattal volt a gyengébb nem iránt, bizonyítják a további rajzok. Az egyik vét a lovagias discrétió ellen, mert elárúlja Sz. Lidiát az illető kapitánya szakácsnéjának nevét. Sajnos, ez a rajz is a múlté. Az illető nem régen megnősült,

de választottja nem Lidia. Feleségével a dolgot azonban sikerült elintéznie, mert az analfabeta. Hogy a többi rajzzal hogyan tudta azt kibékíteni, azt nem árúlja el. Látunk bőren kaczkias menyecskeket bokorugró szoknyában; természetes javakorbéli hölgyet, egy harmadikat a régebbi divatnak megfelelő frizurában, sőt egy Évát is a paradicsomban divatos costümé-ben. A mellkason egy versnek kezdő sorai „Erdő erdő kerek erdő,“ Hej de messzire ellátszik, Közepiben két szál rozmaring virágszik. Egyik. A két rozmaring a jobb váll felső részén szemben állva beszélget, egyik baka ruhában másik bokor úgró szoknyában. Az alkaron egy görbe orrú hölgy farkaszemet néz a fülei előtt lelógó, hajtincset hordó szintén görbe orrú férfival. (A kantinos és élete párja). Mindezek mellett még egy 5 ágú nemesi korona rajzait és a taetovált nevét is szemlélhetjük.

Hogy még a taetoválasból vont következtetés is lehet téves, arra feltűnő példát szolgáltathat ez az eset is. A jobb karon látható nemesi korona sem annak hordozóját, sem imádoztját, a kinek neve fölé van illesztve, meg nem illeti. A magyar czímerből, a mellen látható magyar versből arra kellene következtetni, hogy az illető magyar, pedig alig tud egy pár szót magyarul, más nemzet fiának vallja magát. Az „elkeresztelést“ magyar pajtásai jóakarátának köszönheti, a kik a bőrére vésendő rajzokat maguk dictálták.

b) bemutat egy kisebbszerű *droguista raktárt*. Az eset története, a mellyel az összefügg, nagyon közönséges. Szegény falusi asszony, a kit a gyermekek nagyon sűrű érkezése megijesztett, a mikor újból észlelte a fenyegető veszedelmet, elment egy szomszéd községben lakó bábához. Egészségesen ment oda, betegen távozott, theának való zöld füveket vive magával. Betegsége súlyosbodott, néhány nap múlva meghalt; a bonczolás elvetélést és ezzel összefüggő hashártya gyulladást állapított meg. A bábánál tartott házkutatás szerezte meg a bemutatott kézi gyógyszerárt. Képviselve van abban úgy az állat, mint a növény- és ásványvilág.

Nagyobb mennyiségben vannak szárított növények. Thuja occidentalis levelei, Viburnum opulus, Erythrea centaurium. Tilia ulmifolia, Veronica spicata, Alliaría officinalis, Brunella vulgaris, Mentha crispa. Hypericum perforatum, Scrophularia peregrina, külön csomagokban van fahéj-por, különböző növény szirmok pora, ketted chromsavas kaliumnak látszó por, üvegben van borszeszben kőrishogár, plumbum aceticum, izzadás elleni szer stb., végül három kihegyezett orsó és egy régi rozsdás kötöttű.

Az anyagok egy része közömbös, egy része gyanús, de van közöttük olyan, a melyet magzatelhajtás czéljából szoktak használni. Ilyen a Thuja. Hasonló czélból használja Amerikában a köznép a Viburnum opulust, s JAKABHÁZY tanár tudósítása szerint ezt ilyen czélból a székely földön is használják.

II. KANITZ HENRIK *lupus erythematodes disseminatus* esetét mutatja be.

III. VÁRI TIBOR *Sclerosis lateralis anyotrophica* esetet mutat be.

IV. VESZPRÉMI DEZSŐ bemutatja a következő kórboneczolástani készítményeket:

1. *Angioma cavernosum permagnum renis.*

36 éves nő, kb. 10 év óta veszi észre, hogy hasa jobb felében daganat nő. A jobb vese igen nagy tumorra változott, a melynek hossza 29 ctm., szélessége 20 ctm., vastagsága 11 ctm., kerülete — mellhátí átmérőben mérve — 46 ctm. Legkívül a szokott zsírtokkal, ezalatt vastag kötőszövetes burokkal fedett. Felülete homályosan dudoros; a dudorok néhol feketés, másutt barnás színnel tűnnek át. A metszslap mindenütt szakadozó barna-vörös, első pillanatra szinte felismerhetetlen szövetet mutat, a melyet egyszerre elönt a nagymennyiségű részint hígabb, részint sűrűbb alvadékszerű, sötétvörös vér. Tüzetesebb megtekintésnél kiderül, hogy a daganat igen változó nagyságú - mogyoró-dió-tyuktojásnyi — barlangos üregekből áll, a melyeket egymástól vékonyabb, vastagabb kötőszövetes fal választ el, helyenként elmeszesedett részletekkel. Az üregek tartalmát részint hígán folyó vér vagy feketés-vörös laza véralvadék, részint besűrűsödött csokoládé-barna, vagy rozsdá-barna alvadék képezi. A vesemedenceze, mint összenyomott lapos, szűk üreg a daganatnak a hylus-felé tekintő alsó részén van s folytatódik a rendes lefutású és vastagságú ureterbe. — A bal vese mérsékelt compensáló túltengést mutat, egyébként ép.

2. *Veserák, sokszoros csontmetastasisissal.*

36 éves nőnél a jobb vesében a vese felső részét kissé eldomborító daganat található, a mely kb. gyermekökölnyi. A metszés lapon lágy, fehér állományt mutat s kötőszövetes septumokkal mintegy részekre osztott. Szövettanilag a daganat *adenocarcinoma papillare*-nak bizonyult.

Eltétekintve a kiterjedt tájéki és retroperitonealis mirigy metastasisoktól, még csak a csontrendszerben lehetett áttéti góczokat találni. A jobb falcsont hátsó felén egy gyermekökölnél nagyobb daganatcsomó van, a mely a koponyaízfalat egész vastagságában elpusztítva, beemelkedik a koponyaűrbe. A jobb czomb-csont alsó epiphysise mintegy felpuffadt, hossza 14 ctm., vastagsága és szélessége 12 - 12 ctm. A felső epiphysis szintén túlnyomó részben daganattá alakult. A daganat fehéres-sárgás állománya a csonthártyát áttörve a környező izmokba is betérjed. A czombfejecs a nagyrészt elpusztult trochanterrel együtt le van törve, mozgatható. A diaphysis a felső harmadban ketté van törve s ezen a helyen kisebb tyúktojásnyi

daganat található, a mely a csontot teljesen elpusztította. A bal czomb-csont nyaka ugyancsak eltört, helyén daganat van. A medencze csontnak úgy jobb-, mint baloldali része az os ilei és os pubis találkozási helyének megfelelően felpuffadt, s egész vastagságában lágy tumorrá alakult át. A jobboldali IV. borda mintegy 10 ctm. hosszúságban orsó-alakú dudoros rákos szövet által van helyettesítve, a mely a pleuraúr felé beemelkedik.

3. Vesemedenczerák, hydronephrosissal.

60 éves nőnél a jobb vese kb. gyermekfej nagyságú fluctuáló tömlőszerű képletet alkot. A nagymértékben kitágult vesemedencze az egésznek mintegy $\frac{2}{3}$ részét teszi; bemetszésnél belőle több, mint egy liter szürkés-zöldes folyadék ürül. A vese állománya alig pár mm. vastag réteget képez. A vesemedencze alján az ureter szájadékában kb. 3 ctm. hosszú s jó hüvelykújj vastagságú lágy szemölcsös felületű daganat emelkedik az üregbe széles alappal; egy része bele van nőve az ureter kezdeti szakaszába, azt egészen kitölti. A daganat górcsói képe *carc. papillare*-nak felel meg. Metastasisok voltak a tájéki nyirok-mirigyekben és a falsontban.

4. Hydronephrosis járulékos veseverőér és ureter kereszteződés miatt.

Volvulus miatt elhalt 27 éves férfinél a jobb vese megnagyobbodott. Súlya 250 gr., hossza 14 ctm., szélessége 6 ctm. A vesemedencze kb. kis almányira tágult, a vese együtt hullámzik a medenczével. Az ureter a hylus alsó részén a vesemedenczéhez van szorítva egy köteg által. Az erek kipraeperálása a következő viszonyokat tünteti föl: az art. renalis 2 nagyobb és 2 vékonyabb ággal az elődomborodó vesemedencze felső polusán s annak inkább mellső felületén halad a vese állományába, ugyanígy a vena renalis is. Egy másik ütőér ágacska a rendes elágazódástól távolabb ered az art. renalisból s halad lefelé a tágult vesemedencze mellső felületén a hylus alsó részéhez s itt az ureter legkezdetibb szakasza alá bújva, betér a vesébe a hylus középvonalától kissé hátrafelé, ez által az ureter ezen részét kissé felemelve hozzászorítja a kitágult vesemedencze alsó polusához.

XXI. szakülés 1909 december 4.-én.

Elnök: PURJESZ ZSIGMOND.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. PURJESZ BÉLA bemutatása: *Aneurysma* az arteria anonymán, subclavián és felhágó aortán.

II. VERESS FERENCZ bemutatása: *Erythema vesiculosum*, mely vagy gyógyszeres, vagy autointoxicatiós eredetű lehet.

III. SZABÓ DÉNES előadása: *Esetek ismertetése. Készítmények bemutatása.*

A klinikai forgalomnak emelkedését jelző örvendetes eseményünk volt, a midőn a napokban a f. évi 50.-ik hasmetszéses műtételt végeztük. A szerencse is kedvezett, mert 3 halálesettel (=6%) zártuk le a számadást s azok is súlyosságuknál fogva kevésbé terhelik az intézetet.

a) Özv. Vilezenszki Ferenczné (76. sz.) 71 éves cachexiás öreg nőnél óriási terjedelmű petefészektümlő, a hashártya inszerű kötőszöveti elváltozásával, adja az első halálesetet.

b) Turk Györgyné (235. sz.) 36 éves nőnél Carcinoma miatt végzett WERTHEIM-műtétel után 3.-ik napra következett be a halál.

c) Marosán Istvánné (247. sz.) 48 éves nő lázasan, a hüvelybe részben megszületett és elhalt fibroma cysticummal vétetett fel, szakadékonysága miatt hüvely felől kihámozni nem lehetett, azon kívül több részből állott úgy, hogy 3.-ik napon hasmetszés után a nagy adnexum tumort és a fibromás méhet teljesen kiírtom, a fertőzés nem volt elhárítható.

A műtétekről részletesen nem szándékozom beszámolni, hogy azok közt érdekesebb esetek is voltak, arról az év folyamán történt bemutatások is tanúskodnak. Petefészekdaganatot 11-szer írtottunk ki, 6 egyoldali, 1 kétoldali jóindulatút és 4 rosszindulatút. Méhfibroma miatt 7 supravaginalis amputatio, 1 teljes kiirtás végezve; 2 WERTHEIM-műtétel rák miatt, egy sarcoma retroperitoneale és 2 próbalaparatomia képezték a műtételek egyik sorozatát; a másik sorozatban adnexumdaganatok képezték a műtétel indokát.

Az adnexotomia 8-szor egyoldali, 19-szer kétoldali volt, 3-szor a hasfalhoz varrtuk a felszabadított hátrahajlott méhet. A méh függelékeinek betegségét 4 ízben terhesség a petevezetőben, 23-szor pedig lobos folyamatok okozták. Az eltávolított lobos képletek sokszor tartalmuknál fogva veszedelmesek, így pl. a bemutatott daganat petefészektülyogot képez sok gennyel. A lobos daganatok fibromás méhnél 3-szor észleltettek, a fibroma a méh csonkolását is kívánta, de a méhet csonkoltuk 4-szer technikai okokból is; a midőn a méhvel összenőtt lobos daganatok eltávolítása a méhet oly hashártyafosztottan hagyná, a mi a gyógyulás folyamatát kedvezőtlené tehetné, az úgy is fölösleges méh eltávolítása szükségessé válhatik. Egy esetben Dósa Anna (254. sz.) 22 éves cselédnél, kinél magas lázák mellett streptococcus jelenlétét mutattuk ki, a midőn felvétele után 4 hónapra néhány hetes láztalanság után a hasat megnyitom, annyi összenövést és oly vékony daganatfalat találok, hogy a gyökeres eltávolítás igen veszedelmesnek látszik, a daganathoz levarrom a hashártyát, 10 nap után nyitom ki a daganatot, a sok gennyet kibocsátom és mint tályogüreget kezelem. A lobos daganatok kezelé-

sénél tehát az esethez való alkalmazkodás teszi az eljárást változatossá.

Még az ily kis sorozatban is fordulhatnak elő ritkább esetek is. Divircsán Dánielné (318. sz.) 40 éves napszámosnénál a baloldali széles szalag lemezei közt, közvetlenül a méh szélén húzódott le a hüvely és végbél közt egyrekeszű tömlő; leválasztásánál a bél beszakad, azt külön el kell varrni, a tasak oly mélyen húzódik le, hogy a hüvely falának átmetszésével szokásom ellenére drainezek, felül a hashártyát elvarrva, az üreget kirekesztem a hasüregből. Az elővigyázat czélszerűnek bizonyult, 14.-ik napon bélsár is ürült, 12 nappal később a bél elzáródott. A tömlő helyzete azt a gyanút kelti, hogy a Wolff-féle test kivezető csövének (GARTNER-féle vezeték) átváltozása van ebben az esetben a nélkül, hogy azt bizonyítani lehetne egyébbel, mint a helyzetével.

Zajdel Jánosné (348. sz.) 22 éves földművesnénél, a méh sarkánál, a petevezető indulása helyénél egy-egy kis mogyorónyi göb volt tapintható. A salpingitis isthmica nodosa azelőtt a tuberculosisra jellegzetes formának volt elismerve, ebből indultam, a midőn a két függelék, melyek közül a baloldali almanagy tömeget alkotott, a napokban kiirtottam. A görcsövi vizsgálat tuberculosisra jellegzetest nem talált, de sajátságos képet adott, melyben BUDAY tu. gyakorlott szeme mellékvesedaganatot ismert fel. A képlet tehát egy elszórt mellékvese csiráiból indult ki, a mi ritkaságszámba megy, kellő áttanulmányozás után az esetet közölni fogjuk.

Az anyagforgalom a szövetekben lefolyó változásoknál s ezeknek hatása az egész szervezetre, még kevésbé ismert fejezetei a kórtannak. Ismerjük, hogy láz támad, ha apró szervezetek az elhalt szövetekben szaporodva, anyagforgalmi toxinjuk a vérbe jut, pl. bomló peterészleteknél, elhalt, üszkös fibrománál stb. a DUNCAN-féle sapraemia keletkezése által. A szervezet befolyásoltatásának ily érdekes s ritkább képét adja a következő eset.

Wagner Vilma (374 sz.) 26 éves hajadon varrónő november 11.-én vétetett fel magas lázakkal, közbe rázó hideggel; pyramidon daczára, reggeli hőcsökkenéssel ugyan, de reggel is lázas maradt a hőmérséke. Hasa 2 $\frac{1}{2}$ hó óta folytonosan láthatóan dagad és fáj 14 nap óta; vizsgálatnál köldök fölé 3 ujjnyira terjedő, kemény, sima felületű, oldalra elég szabadon mozgó képlet, végbélen át kis méh található. A beteget 20 napig észleltük, a daganat kissé növekedni látszott, hashártyagyulladás nincs, azért kocsány csavarodás nem valószínű, de azért genyedésre is kellett gondolni. Az érdes légzés, száraz szörtyözörejekkel, a kevés nyákos köpet, a hashártya-tuberculosis gyanúját is keltette. Az esetleg genyes tömlőnek eltávolítása feltétlenül szükséges, de a gümös hashártyának is javára szolgál, ha a daganat nyomása alól felszabadul. A hasat erősen

felmetszve, a baloldali petefészek daganatot kisebbítés nélkül távolítottam el. A 3650 gr. súlyú daganat metszett lapján erősebb kötőszövet gerendezetek közt, kisebb-nagyobb üregek, colloidyszerű auyaggal láthatók, középiütt 2 ujjnyi vastag, alvadt nyákhoz hasonló, fehér összeálló tömeg. Seholy sincs geny, de a felület egy része szürkés, fellazult, vizenyős, elhalt.

A műtétel előtti nap délután 38·9 hőmérsék, műtétel napján reggel 37·5, este 36·3, másnap ugyan 37·7 reggeli és 38·0 este, harmadnap 37·1 reggel, 37·5 este, de a negyedik nap 36·6 reggel és 36·4 este s azután láztalan. (Később ugyan lázas a IX. naptól, de egyéb okokból). A hőmérsék leesése, a műtételnek reakcióját leszámítva, tehát tökéletes és szembetűnő. A daganat necrosisát kellett, hogy termeljen valamely anyagot, mely felszívódásával a hőmérséklet emelte. Nem ismerjük az okot, a mely ennek az erősen tömött, kocsonyás daganatnak elhalására vezetett, az anyagforgalom tanulmányozása vegyileg is kívánatos volna. Az ectopusos terhes tömlők-nél az elhalás után, már észleltem a hőemelkedést, fejfájást mint következményét az elhalt anyagok felszívódásának. UDRÁNSZKY tnr. egy ízben vizsgálatánál, ammouiumsókat mutatott ki az elhalt petetömlőnek szennyos magzatvizében.

A midőn erről a néhány esetről a legutolsó műtételek közül megemlékezem s a készítményeket bemutatom, örömmel állapítom meg, hogy a betegek is hovatovább megszokják a műtételeket és könnyebben fogadják el az ajánlatot, a mit az is bizonyít, hogy jelen évben az 50-t meghaladta a hasmetszéses műtétek száma, míg kezdetben évek hosszú során értük el ezt a számot.

XXII. szakülés 1909 december II.-én.

Elnök: PURJESZ ZSIGMOND.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. MAKARA LAJOS dr. *„Arczidegbénulásnak idegpárosítással kezelt esete.”*

A környéki idegbénulások közt az arczideg bénulása egyike a legkellemetlenebbeknek, mely különösen fiatal nőknek egész életét tönkre teheti. Innét érthető, hogy a sebészek ezen bénulásokat még más mozgató idegek föláldozása árán is igyekeztek meggyógyítani, vagy legalább javítani.

Miután a végtag idegeinek bénulásai gyógyításánál a sérült idegvégék egyesítése mellett a LÉTIÉVANT-féle greff nerveuse (1873), vagyis a sérült ideg környéki részének társítása, vagy párosítása más szomszédos mozgató ideggel szintén eredményesnek bizonyult, közel állt a gondolat ezen eljárást az arczidegbénulás gyógyítására

is fölhasználni. Így csakugyan látjuk, hogy közel egyidejűleg és egymástól függetlenül többen foglalkoztak a bénult arczideg párosításával a szomszédos accessoriussal, vagy a hypoglossussal.

DROBNIK (1879?), BALLANCE (1895), GLUCK (1896), FAURE (1898) egymástól függetlenül végezték ez idegpárosítást több-kevesebb sikerrel. Az eljárás csakhamar közismertté vált, úgy hogy ma már közel százra tehetjük az ismertetett esetek számát, melyek közt nemcsak sérülések, de az úgynevezett rheumás arczidegbénulásokkal is találkozunk.

A műtét értéke, eredménye és módja felől azonban, valamint az indicatio körülményeit és időpontját illetőleg még oly sok kérdés vár tisztázásra, hogy szükséges az egyes tapasztalatokat is ismertetni.

Az első beteg, a kinél a műtétet végeztem, egy 12 éves leány volt, ki baloldali súlyos otitis media tuberculosával és ennek folytán keletkezett facialis bénulással jött a klinikára.

Az 1907 júniusban végzett radicalis fülműtétnél kitűnt, hogy a facialis egy része elpusztult. Miután a fül genyedése megszűnt, a facialis bénulás pedig nem változott, 1907 decemberben a bénult facialist párosítottam a hypoglossussal. A beteg rövid idő múlva eltávozott, s tudakozásunk egyelőre eredménytelen maradt, úgy hogy a sikerről, vagy balsikerről be nem számolhatok.

Most bemutatott betegünk B. A. 17 éves leány, ki 4 éves kora óta szenvedett baloldali fülfolyásban, mely számárhurut után támadt. A jobb dobhártya alsó fele, a baloldali dobhártya pedig egészen hiányzik; a bal fülből genyedés, a csecsnyújtvány érzékeny. F. évi május 25.-én végeztetett a radicalis fülműtét. Az anthrum telve volt cholesteatoma tömeggel, a vízszintes félkörös járat szomszédságában sequestrált csontdarabka, melynek eltávolítása alkalomával a facialis megsérült. A sérülés következménye teljes baloldali arczbénulás volt. Miután az önkéntes gyógyulásra alig számíthatunk, a betegnek és anyjának nyugtalanzkodása miatt, már június 28.-án egyesítettem a sérült oldalon facialisát a hypoglossussal. Szeptember vége felé kezdett az arcz részaránytalansága javulni és mutatkoztak az első akaratlagos mozgások; novemberben balszemét is be tudja csukni.

Jelenleg azt találjuk, hogy nyugalomban a két arczfél között feltűnő eltérés nincs, az arczredők baloldalt is jól kifejezettek. A két arczfél mimikája azonban nem egyenlő, mozgásoknál különösen az alsó ajk balfele marad el, nevetésnél a száj jobbra húzódik. — Akaratlagosan azonban a bal arczfelét is jól tudja mozgatni, kivéve a homlok és az alsó ajk balfelét, tehát a facialis szélső területeit.

A bal szájugot jól tudja föl és balra húzni, balszemét egészen be tudja csukni stb., de ilyenkor nyelvvel is kénytelen moz-

gásokat végezni. Más szóval ezen mozgások az akaratlagos nyelvmozgások kíséretében válthatók ki, a nélkül, hogy egyszerű beszéd közben zavarólag jelentkeznének. Villamos vizsgálatnál az arcizmok még elfajulási reakciót adnak; szaggatott áramra nem reagálnak, galván áramra renyhébben és lassabban húzódnak össze. Az ideg felől közép erős áramokkal összehuzódás nem váltható ki.

A hypoglossus átmettszése következtében a bal nyelvfél sorvadtt, a szájban a nyelvcsúca jobbra, kinyújtásnál balra hajlik. A betegnek azonban a nyelvfél sorvadtságától származó panasza nincs, beszéde nem változott, a balnyelvfél ízérése megvan.

Tekintve, hogy az idegpárosítás óta még félév sem telt el egészen, biztosan számíthatunk további javulásra az idegvezetésben, más részről remélhetjük, hogy betegünk tükrörben ellenőrzött, kintartó gyakorlással a bal arcfél mimikai mozgatását is elérheti több év múltával. (SHERREN.) E mimikai mozgásokat illetőleg tökéletes eredményre, az eddigi tapasztalatok alapján, még sem számíthatunk, mert az arc ezen mimikai játékát más corticális központ szabályozza, mint az egyszerű akaratlagos arcmozgásokat. Az ilyen betegnek, hogy arcmozgásokat váltson ki az operált oldalon, a facialisal párosított ideg (ez esetben a hypoglossus) működését kell akaratlagosan kiváltani.

Ennek daczára esetünkben a műtét eredménye teljes elismerést érdemel. Már maga az arc symmetriája nyugalmi állapotban, nagy nyereség; a szem tökéletesebb védelme s így a hurutok elmaradása is megbecsülhetetlen haszon: az arcmozgások önkényes kiválthatása a betegnek nagy lelkimegnyugvást ad.

A módszer sikere azért sohasem lesz egészen tökéletes, a facialis bénulás direkt gyógyulásának eredményét el nem éri. Az idegpárosítás műtéte tehát csak akkor van indokolva, ha az arcidegbénulás gyógyulására egyébként már kilátásunk nincs.

Az eljárás általán még fiatal, úgy hogy ezen kilátások esélyei nincsenek még kellőkép tisztázva, bár e kérdés már többször képezte beható megbeszélés tárgyát. Vannak észleletek, hogy biztosan sérült facialisok, különösen a csontesatornán belül sérültek, hónapok, esetleg évek mulva is meggyógyúlhatnak. Maga a csontesatorna ugyanis, ha fala nincs benyomva, úgy hat, mint a tabulatio. Ezen kedvező észleletekkel szemben azonban a maradó bénulásoknak oly nagy sora áll, hogy az optimistikus álláspont sem jogosult. Egyelőre az a nézet látszik üralkodni, hogy rheumás bénulásoknál legalább egy évig, sérüléseknél legalább félévig várjunk, s ha ez ideig nem mutatkozik javulás, operáljunk, mert különben még az idegpárosítás műtétének sikerét kockáztatjuk.

Ilyen dilemma mellett úgy hiszem, az a legfontosabb, hogy a műtėti sérüléseknél igyekezzünk pontosan tájékozódni a sérülés

jellege és terjedelme felől. Ha nem lehet direkt egyesíteni a sérült idegvégeket, legalább javítsuk az önkéntes gyógyulás esélyeit az által, hogy az idegvégeket kedvezőleg helyezzük el, közülök az akadályokat (sarjak, horpadás, callus stb.) elhárítjuk.

Hogy a radikális fülműtétel közben néha a facialis csak könnyebb természetű sérülést szenved, s hogy az így támadt bénulás aránylag gyorsan és tökéletesen gyógyulhat, annak illusztrálására bátorkodom bemutatni egy fiatal férfi betegünket. Nála a folyó évi júniusban végzett radikális fülműtét után baloldali facialis bénulás mutatkozott, daczára, hogy a facialis direkt sértése műtét közben ki volt zárva. Ezt igazolta a lefolyás is, a menyiben ma már, a mint látni méltóztatnak, az arczideg bénulása tökéletesen elmúlt, a két arczfél mimikája teljesen egyenlő, habár a villamos ingerelhetőségben van is különbség.

Szerencsére fülműtéteknél a facialis sérülése legtöbbször elkerülhető, úgy hogy mi is ilyenmű műtétek hosszú sorozatában csak a bemutatott esetet láttuk, de nem olyan ritkák az esetek, a midőn a betegség maga okozza a bénulást s ilyenkor megnyugtató a tudat, hogy tán a radikális műtét közben javíthatjuk a facialis bénulás gyógyulásának esélyeit is, vagy ha a gyógyulás mégsem következik be, még mindig van módunk azon bizonyos fokban javítani.

A műtét módját illetőleg részemről helyesebbnek vélem a párosításra a hypoglossust használni föl, mint az accessoriust.

Az accessorius sérülése ugyanis a betegre kellemetlenebb következményekkel jár, még ha azt részlegesen használtuk is föl, másrészt az irodalomban ismertett esetek közt accessorius társításoknál többször rendkívül kellemetlen volt az arcz együtt mozgása a vállmozgásokkal.

A hypoglossus bénulás az eddigi észlelések szerint komoly kellemetlenséget nem okozott. A bénulás egyébként még teljes idegkeresztezés esetén is elhárítható, ha az átmetszett hypoglossus környéki végét a nyaki plexus egyik ágával összekötjük.

Hogy azon esetre, ha az idegpárosítás eredmény nélkül marad, a legújabban ajánlott izomplastikák (a sternocleidomastoideusból vagy a masseterből) még mennyit javíthatnak legalább a száj alakján, erről ma még korai volna beszélni.

II. HIRSCH Hugó dr. *chronicus volvulus* esetét mutatja be MAKARA tanár klinikájáról.

38 éves, addig obstipált férfinél hirtelen bélelzáródás lép föl, mely 3 nap mulva oídódott, oldódás után egyre növekvő meteorismus marad vissza, erősen kifejezett bélmeredésekkel, naponta szék. Nem teljes vastagbélelzáródás szelepszzerű mechanizmussal, 30 ctm. hosszú merev cső bevezetésére bő kiürülés. Műtétnél a sygmoideum erősen kitágulva és mesenterialis tengelye körül 180°-ra megcsava-

rodva találtatott secundás elváltozások nélkül. A hasüreg zárása után naponta 3×0.001 physostigmint, 1—1 órára hőlégszekerényt kapott. Végbelébe 40 ctm.-re felvezetett kaucsukcsövet állandóan behagytuk, mire teljes kiürülés állott be. Azóta hasa puha, bél meredései nincsenek, naponta spontán rendes szék.

Részletesebben kiterjeszkedik a volvulusoknak és azok spontán megoldódásának mechanizmusára.

III. IMRE JÓZSEF dr. tnr. előadása: „*Rövid közlések a szemoperálások köréből*“ czímen. (L. Értesítő 151—158. l.)