

## Jegyzőkönyvek

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

Elnök: LÖTE JÓZSEF tnr.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL dr.

### I. szakülés 1903. évi januárius hó 30-án.

1. a) MARSCHALKÓ tnr. ismét bemutatja azon *multiplex dermatomyomá-*ban szenvedő beteget, kit ezelőtt 3 évvel, 1900. május havában, már egyszer bemutatott a szakülésnek, a midőn az esetből származó göröcsői készítményeket is demonstrálta, a melyek kétséget kizárólag igazolják, hogy a bántalom ez esetben a praexistáló bőrizomzatból és pedig az *arrectores pilorum*-ból indult ki. Az esetet azóta a külföldi szakirodalomban is közölte és most épen ezért rendelték be ismét pár napra a klinikára, hogy az azon idő óta mutatkozó esetleges változásokat észlelhessék. A bántalom azonban egyáltalában nem változott, egészen ugyanazon állapotban van, mint 3 év előtt, legfeljebb pár újabb apró göbce lépett fel, ugyancsak meg vannak és nem mutatnak semmi csökkenést a naponta több ízben hirtelen beálló fájdalom paroxysmusok sem.

b) MARSCHALKÓ tnr. az 1899. tavaszán már egyszer bemutatott M. T.-né 41 éves, zágrai születésű nőbeteget mutatja ismét be, ki *rhinoscleromában* szenved. Tudvalevőleg már 1897. őszén mutatott be egy *rhinoscleromában* szenvedő férfi beteget a szakülésnek és ennek a sorsáról is referálni kíván. Az illető kolozsvári lakos lévén, bemutatót igen érdekelte RÓNA közleményei után megkísérteni, vajjon a scleromás szövet szomszédságában lévő nyirokmirigyekből kitenyészthetők-e a tokos bacteriumok s ezért az említett férfi beteg lakását nagy nehezen kinyomozva, 1902. márczius havában berendelték a klinikára, a midőn is kitént, hogy az illetőnél a scleromás folyamat az orrüregben hátrafelé terjedt és már a lágy szájpad is beszűrődött volt; a jobboldalon egy circa diónyi beszűrődött nyirokmirigy volt kitapintható; sajnos, hogy az illető semmiképen sem volt rábírható, hogy beleegyezzék a mirigy eltávolításába, de még a mirigy egyszerű punctiójába sem akart beleegyezni, hanem a klinikáról eltávozott. Pár hét előtt értesültünk róla, hogy

az illető elhalt, anélkül, hogy sectióra került volna, miután ebbe hozzátartozói semmi szín alatt sem voltak hajlandók beleegyezni.

Ily körülmények között az említett kísérlet megejtésére csak a második, most bemutatott rhinoscleromás beteget használták fel, a kinél azonban a scleromás folyamat 4 év óta, a midőn narcosisban gyökeres kiirtást végeztek, úgy látszik, megállapodott, illetve nem terjedt hátrafelé; az orr alsó része besüppedt, az orrnyílások alig lúdtoll vastagságúak, az orr üreg hátsó része ellenben épnek látszik tükör vizsgálatnál is, hasonlóképp a lágy szájpad és a garat is. Az orrüreg kaparékából azonban rhinoscleroma bacillusok még mindig kitenyészhetők voltak és pedig a 2% agar-agaron való szélesztés után a thermostatban már 3-ad napra jellegző kulturák fejlődtek, a gelatina szélesztésnél ellenben csak a nyolczadik napon indult meg a tenyészet. Ezen betegnél csak egy, nagyobb, körülbelül nagy babnyi áll alatti mirigy volt kitapintható, a mely narcosisban eltávolítottván, a mirigy bennéből agar-agar és gelatinára szélesztettek, azonban a lemezek teljesen sterilisek maradtak, úgyszintén nem fejlődött semmi a mirigyből vágott és agar-agar felületére tett szeleteken sem. A mirigy szövettani vizsgálata folyamatban van.

Távol áll a bemutatótól, hogy ezen egy negativus leletből következtetéseket vonjon vagy épen RÓNA leletét vonja kétségbe, annál is inkább, mert a scleromás folyamat ez esetben — mint említve volt — úgy látszik, egyelőre megállapodott és mert bemutatónak a 7. német bőrgyógyászati kongressuson alkalmá volt RÓNA készítményeit látni, és megerősítheti, hogy azok a bacteriumok, a melyeket RÓNA a scleromás betegektől származó nyirokmirigyek metszeteiben demonstrált, tényleg teljesen megfelelnek a scleromás szövetekben található bacillusoknak. Igaz, hogy a nyirokmirigy szövettani képe RÓNA készítményeiben jellegző scleromás elváltozásokat egyáltalában nem mutatott, mert azokat a sejteket, a melyeket HUBER mint „Mikulicz“-sejtekhez hasonló képződményeket mutatott be, bemutató nem tarthatja Mikulicz-sejteknek; addig pedig a rhinoscleroma bacillusok jelenlétének pathologicus jelentősége a „metastaticus“ mirigyekben nincsen minden kétséget kizárólag bebizonyítva. További vizsgálatok lesznek hivatva RÓNA kétségen kívül igen érdekes leleteinek jelentőségét közelebről megvilágítani, és bemutató igen örülne, ha későbben, vagy a most bemutatott eset kapcsán — ha a scleromás folyamat idővel tovább terjed — vagy pedig esetleg egy új eset kapcsán, a melyet a véletlen észlelése alá kerít, még egyszer lenne alkalmá a kérdéshez hozzászólni.

2. BRANDT tnr. echinococcus miatt műtett betegeknek több esetét mutatja be, s ennek kapcsán kiemeli, hogy e betegség más országokban, hol az emberek a Taenia echinococcusban szenvedő állatokkal, különösen kutyákkal érintkeznek, gyakran szokott előfordulni (Izland szigetén a lakosság 15%-a szenved benne). Nálunk a ritkaságok közé tartozik, évek telnek el, míg ismét találkozunk egy-egy esettel.

Az embernél a betegség tudvalevőleg akként fejlődik ki, hogy a kutyák ürülékében levő peték tápanyagainkhoz, főképp kerti zöldséghez tapadva, emésztő szerveinkbe jutnak és itten, főképp a gyomorban, a pete

elveszíti külső hüvelyét s a kiszabaduló scolexek horgocskáik segítségével belekapaszkodnak a bél falába, vagy a nyirok- és vérkeringés útján a szervezet különböző szöveteibe jutnak, nagyobb részt a vena portae útján a májba, minélfogva az echinococcus cystáknak majdnem a felét a májban találjuk. A másik felének a székhelye az agy, szemgödör, tüdő, szív, lép, vese, csont, peritoneum, kötőszövet, húgyvisszszervek. Az echinococcusnak két alakja van: uni- és multilocularis, utóbbit előadó, mint a rikaságok közé tartozót, csak egy ízben látta a belek peritonealis lemezén. Az egymással összefüggő és legfeljebb kis alma nagyságú cysták egy közös kötőszöveti ágyban fekszenek, fejlődésük akként történik, hogy az elsődleges cysta egy fiatal stadiumában, még mielőtt fala tömörebb összeállást nyert volna, kifelé nő, az egyes cysták egymástól lefűződnek, de egymáshoz való közelségüknél fogva a képlet igen sokszor alveolaris szerkezetet nyer. Az egy rekeszű echinococcus gömb vagy tojás alakú, mogyorónyi, emberfőnyi tömlőt képez, mely a májnál, annak mélyebb rétegeiben vagy felületén fekszik, utóbbi esetben néha vékony kocsanynyal is bír, a mi radicalis műtetre alkalmassá teszi. A cysta bennéke többnyire vízszerű, híg, majdnem színtelen és fehérszínű, rendesen nem tartalmazó, a borostyánkő reactióját adó folyadék. (Zavaros és fehérszínű tartalmú csak akkor, ha többször lobosodás ment előre). A folyadékban majd szabadon úszkáló, majd pedig a fal belfelületéhez tapadó borsónyi-, tojás nagyságú fiók-cystákat találunk, igen gyakran czernyi számban. A fal helyenként erősen vékony, hol is néha kiöblösödik, helyenként pedig megvastagodott s akkor sokszor porczösszeállítású. Szerkezete réteges, 1 mm. vastag, alvadt fehérjéhez hasonló, lemezekre osztható külső réteg, mely jellemzetes az echinococcus cystára, különben kívülről némelykor meglehetősen erős kötőszöveti burokkal van körülvéve. A bennékből göreső alatt rendes körülmények között találjuk a horgocskákat, a hol azok mint nemkülönböztetett fiókcysták hiányoznak, ott sterilis alakról beszélünk.

Keletkezése észrevétlenül történik és lassan nő s különösen akkor, ha valami indifferens organumban van, semmi kellemetlenséget sem okoz a betegnek. Súlyosabb tünetek csak akkor állanak elő, ha fontosabb szomszéd szervekre nyomást gyakorolva, ezeknek működését lényegesen megzavarja. Ha a májban van, teltségi nyomás, feszülési érzet mutatkozik a máj és a gyomor táján, miként ezt bemutató esete is bizonyítja. Ha valamely nagyobb idegtörzs szomszédságában van s arra nyomást gyakorol, nagyfokú fájdalmak, göresös izom-összehúzódások támadnak, miként azt másik bemutató esete is bizonyítja, hol az echinococcus tömlő a lumbalis tájon feküdvé, a plexusra gyakorolta a nyomást.

A májban székelő echinococcus gyakran emésztési zavarokat (hányás, hasmenés) idéz elő. Icterus annál fejlődik ki, a mely az epeutakat elzárja. Ha a mellüreg felé nő, nehéz légzést és szív-palpitatiót okoz, s beáll sápadt, piszkos bőrszín kíséretében a caehexia.

Sokszor keletkeznek kisebb-nagyobb lobok benne, megfelelő lázak kíséretében. Ily lobok fellépése alkalmával áttörés is jöhet létre a falon és

ha ez a gyomorba, vagy a bélbe, vagy bármely physiologicus ürbe történik, a melynek kivezető csöve van, akkor az echinococcus meg is gyógyulhat spontán, midőn bennéke ily módon kiürül, s a burka teljesen obliterálódik.

Ily kimeneteleknél tett tapasztalatokon épült fel operatív gyógykezelése. Ha az áttörés a szabad hasürbe vagy mellürbe és véredényekbe történik és a bennéke gennyes, pyaemicus folyamatok kíséretében halál következik be.

Diagnosis néha nehéz, máskor könnyű, különösen a tapintásnál megjelenő rezgési zörej alapján, mely azonban nagyon sokszor hiányzik. A daganat rendszeren lapos, félgömb alakban jelenik meg, fluctuál és fájdalom nélküli addig, míg lobosodások nem állottak benne elő. A fluctuatio néha nehezen, vagy egyáltalában nem mutatható ki, ha vastag rétegek fedik a tömlőt és különben is nagyon feszes. Differentialis diagnosis szempontjából a májban előforduló carcinomától megkülönböztethető azáltal, hogy ez tömör összeállású, nyomásra fájdalmas tumorokból áll, gyorsan nő, mirigy infiltratio és cachexia kíséretében. Hydronephrosishál a vizelet vizsgálás vezet eredményre, továbbá, hogy a tumor fix, míg az echinococcus a légzési mozgásokat kíséri. A mi a máj-tályogokat illeti, megjegyzi, hogy másodlagos módon, különösen pyaemiánál előfordulókon kívül idiopathicus máj-tályogot még nem látott s tudomása szerint a melegebb éghajlat alatt szoktak ezek előfordulni.

*I. eset.* F. I. 16 éves hajadon. Egy év óta jobb-ágyék táján daganata nő, a mely azon a helyen csak nyomásra fájdalmas, de a fájdalom a jobb alsó végtagjába is kisugárzik. Vizsgálatnál a jobb-ágyéktájon egy k. b. férfi ökölnyi gömbölyded, élesen határolt fluctuáló tumor, a mely felett a bőr normalis.

1902. október hó 1. mütét. Az ekkor eltávolított tömlő fala göreső alatt az echinococcusra jellemző, párhuzamos, szabályos csíkoltságú chitin réteget mutatja, a parenchymás rétegeknek csak a nyomai látszanak. A tömlő burka rostos kötőszövet, tele eosinophyl leucocyttakkal, legbelsőbb rétege hyalin-szerű fibrinből áll. A tömlő kaparékában echinococcus horgok. Beteg mütét után 3 kéttel gyógyultán hagyja el a klinikát.

*II. eset.* F. A. 40 éves, útkaparó. Állítása szerint 4 hét óta jobb felhas táján fájdalmat érez s azóta ugyanott dagad. Vizsgálatnál a jobb felhas táj laposan előredomborodik, a mely elődomborodás balfelé a középvonalon túl, alá felé pedig 5 haránt ujjnyira terjed a bordaív alatt. A bőr, kitágult visszerektől eltekintve, normalis. Tapintásnál a mélyben fluctuatio, nyomásnál fájdalom. Beteg erősen lesoványodott, gyenge, étvágya nincs. Este 39.5 láz. 1902. nov. 13. mütétnél kitűnik, hogy a májban székelő daganat majdnem hártyszerű és kifejezetten fluctuál. Punctionál belőle zavaros tejszerű, megnyitásnál sűrű genyszerű folyadék ömlik, mire a dag összeesik, bennéke mogyoró—tojás nagyságú cystákból áll. Göreső alatt széteső genyesejtek, hosszú tialaku, vagy rhombicus bilirubin jegeczek és echinococcus horgok, drainezés. Az állandóan drainezett sebből bőven ürül epetartalmú folyadék,

a melynek mennyisége folytonosan kevesbedik, s hat héttel a műtét után egészen megszűnik. Eközben a beteg hízik, jól érzi magát, jó étvágya van, 1903. januárius 28-án gyógyultán hagyja el a klinikát.

*III. eset.* G. A. 12 éves. Állítólag 4 év óta bal hypochondriumában fájdalom jelentkezése nélkül egy daganata nő, a mely vizsgálatnál gyermekfő nagyságú, a hasfalból laposan kiemelkedik, elég élesen körülírt, ruganyos, fluctuál. Felette tompa hang, a mely tompulat a rectum és a colon felfúvása után sem változik.

1902. nov. 30-án. Műténél a daganatból kb. 1—2 mm. vastagságú, kocsonyás összeállású, fehéres hártvány, egyúttal savót tartalmazó forint és korona nagyságú lapos hólyagok. Drainezés. 8 nap múlva drain és varratok eltávolítása. Beteg 1903. januárius hó 25-én gyógyultán hagyja el a klinikát.

3. BORBÉLY SAMU dr. tordai közkórházi főorvos bemutatásai:

a) KRÖNLEIN-féle sérv. Incarceratio. Bélcsonkolás. Gyógyulás.

Bemutató kevésbé a domonstrált praeparatumért, mint inkább azon érdekes sérvalakért, a melyből a bemutatott béldarab származik, óhajtja az esetet ismertetni.

A beteg 22 éves férfi. Két éve, hogy sérve keletkezett, a felvétel előtt 4 nappal incarceratio lépett fel, ezért — miután a forcirozott repositiók nem sikerültek — műtét végett a vezetése alatti osztályra hozták. Tüdőben, szívben semmi eltérés, a beteg nagyon elesett, csuklás, bélsárhányás, kicsiny, szapora, elnyomható pulsus. Meteorismus. Máj- és léptompulat eltűntek. A jobb inguinalis árok felett egy-két ökölnyi, kemény, tompult dobos kopogtatási hangot adó képlet, melynek nyaka nem érezhető ki. SCHLEICH-féle infiltratióban végezte a herniotomiát. Sérvtömlőben középennyiségű, de kissé bűzös sérvvíz, melynek kibocsátása után kiténik egy 10 cm. hosszú gangraenescált bélkaes, melyhez hozzávezető bél erősen belövelt. Tekintettel arra, hogy a gangraena elhatárolódásának helye pontosan meg nem határozható, tekintettel az infiltrált serosák rosz tapadékonyságára és szakadékonyságára, de tekintettel arra is, hogy a sérvbennék a kiméletlen taxis kísérletek által nagyon megviseltetett, előhuzza a belet egész a strangulatió felüli részig s teljesen ép és érintetlenül álló bélrészleten csonkol. A kiirtott darab 40 cm. hosszú. LEMBERT-CZERNY varratokkal circularis bélegyesítés. A fodor ellátása KOCHER szerint.

Már több esetben tapasztalta, hogy a MIKULITZ-féle eljárás — t. i. a szorulatot nem belülről, a COOPER-féle herniotommal nyitjuk meg, hanem kívülről haladva mintegy reávgunk — különösen csonkolt bél repositiójánál igen jó eljárás; ez esetben is ezt végezte. A műtét, mint typosus BASSINI, nyert befejezést.

A sebgyógyulás nem a legsimábban ment, már másnap lázas mozgalmak, este kötészváltoztatásnál a sebszélek vörösek. Harmadnap az összes bélvarratokat eltávolítja, a kötészövetben formális gáz gangraena van. Szerencse, hogy ez localisálva maradt, erős ezüst kezelés mellett a mélyebb varratok sértetlenül megmaradtak, a beteg 6 hét alatt épült fel, jelenleg széles bőrheg mellett a sérvnek nyoma sincs.

Mióta a herniologia kifejlődött boncztani alapokon nyugszik, azóta a hasfali sérvek számos válfaját ismerjük. Ilyen alfaj a bemutatott eset is, melyet első leírója után KRÖNLEIN-sérvnek vagy boncztanilag determinálva, hernia pro- vagy praeperitonealisnak nevezünk. Ritkább sérvalak s a lényege az, hogy a sérv az inguinalis árkon áthaladva, nem a praedisponált tunica vaginalis peritoneibe halad, hanem felfelé térve a fascia transversa alá s a peritoneum parietale felé bűvik. Scrotalis sérvекnél, ha incarcerationálódna s durva taxis kísérletek történnek, mülegesen létrehozhatók az ily alakú sérvек. Ebben az esetben nem müvileg jött létre a praepéritonealis sérvhelyzet, mert a fiú egy éve ambulantián volt s már ekkor diagnostizáltatott a KRÖNLEIN-féle sérv, de a radikális műtétbe akkor nem egyezett belé.

Hogy mi az eredeti oka az ily herniáknak, az eldöntetlen, sokan fejlődési rendellenességnek, mások a tunica vaginalis peritonei igen solid összenövéséből származtatják.

b) Ugyancsak BORBÉLY SAMU dr. bemutat egy beteget, a kinél carcinoma miatt gyomorcsonkolást és pylorus-resectiót végzett. (Mégjelent: Gyógyászat 1903. év 10. sz.)

*Discussio.* HEVESI IMRE dr. kérdi, miből diagnostizálta előadó azt, hogy jelen esetben tényleg praeperitonealis sérv van jelen? Erre előadó megjegyzi, hogy a műtét folyamán is meggyőződött arról, hogy csakugyan praeperitonealis a sérv. Első látáskor is ebben a meggyőződésben volt, mert hisz egy ily alakú sérv oly characteristicus, hogy azt az első reánézéssel is diagnostizálni lehet.

SZABÓ tanár a második esethez szólva, a konyhasó infusiókra vonatkozólag tesz megjegyzést s fölhívja előadó figyelmét arra, hogy a bőr alá ömlesztés veszedelmeit elkerülhetni végbélbeöntések által. SZABÓ tanár évek óta műtételek után, a hol a hányás miatt a gyomort kimélni kell, a szomj oltására és a szív működés szabályozására ásványvizet, borvizes bort, vagy konyhasóoldatot ömleszt a bélbe kb.  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  liternyit egyszerre s szükség esetén 4—6 óránként ismételteti. A bél a folyadékot gyorsan felszívja s elvesztetteknél az érlökés javulása rendszeren észlelhető.

4. VESZPRÉMI DEZSŐ dr. kórboncztani készítményeket mutat be. Az első eset egy 70 éves napszámos nőre vonatkozik, a kinél az epigastrialis tájban, a hasüregben egy csaknem emberfőnyi daganatot talált. A daganat minden jel szerint az omentum minusban fejlődött; erősen dudoros tapintatu, a gyomor kis görbületével összenőtt. Metszészlapja általában szürkésfehér, de ezt igen tarkává teszik a rendetlen kiterjedt friss vérzések és a sárga vagy rozsdavörös festenyzett foltok és csikok. Szerkezete homályosan rostos, meglehetősen tömött tapintatu, számos lágyulósos savóval vagy vérrrel telt üregt tartalmaz. A góresővi kép szerint *fibrosarcoma haemorrhagicum*-nak bizonyult. Az esetnek érdekességet kölesönöz az a körülmény, hogy az előbbin kívül még egy egészen más természetű, szintén rosz indulatu daganat volt a gyomorban. A pylorus felett közel tenyér nagyságú, laposan kiemelkedő, közepén kifeléyesedett álképlet van, a mely szövettani vizsgálat szerint *adenocarcinoma*.

Metastasisokat a sarcoma képezett a lépben, tüdőben, vesékben, sőt magyarányai, borsónyi tömött csomók alakjában a gyomor nyákhártyájában is. Carcinoma metastasis nem találtott.

A második eset egy *phthisis renalis tuberculosa*. Egy 53 éves nő sectiója alkalmával — a ki bicuspidalis insufficiencia és stenosis következtében halt el — a jobboldali vese felénél is kisebbnek, zsugorodottnak találtott, felületén mély heges behúzódásokkal, a melyek mintegy lebonyozották a vesét. Felmetzés után kitűnt, hogy a veseállomány teljesen elpusztult, illetőleg fehéres száraz tőrőszzerű, vagy vakolatszerű elmeszesedett anyaggá változott át, a mely a kissé tágult vesekelyheknek megfelelő üregeket teljesen kitöltötte. A vesemedenczét heges zsirszövet tölti ki, az ureter egész lefutásában teljesen elzáródott, a hólyagba való szájadzás helyén heg található, nyílás nincs. Egy pár hörgmirigyben elmeszesedett góczok vannak. A lelet azt a benyomást kelti, hogy itt egy spontán gyógyult vesetuberculosis volt, s úgy látszik, az ureter elég korán obliterálódott, s a gümös folyamat tovább terjedése ennek folytán meg lévén akadályozva, a vesére localisáltott, a mi a vese szövetének lassú, teljes elsajtosodásához, illetőleg elmeszesedéséhez vezetett. A baloldali vese részéről pótló túltengés fejlődött.

5. HEVESI IMRE dr. BRANDT tanár klinikájáról egy esetet mutat be, a melynél *ajak-pofarék* kiirtása után *Cheilomeloplasticat* végzett. Statisztikai adatok szerint az arc képleteinek rákos megbetegedése az összes rákbajok  $\frac{1}{5}$ -ét teszi ki. Leggyakoribb az alsó ajak rákja, a mely többnyire az ajaknak a szájúgok közé eső részén ül, de elég sokszor találjuk a szájúggal szomszédos ajakszélen is, a mely esetben a szájúgra, majd tovább folytatólagosan a felső ajakra is átterjed. További fejlődésében — különösen azon gyorsabban haladó alak, mely a mélységbe való növése mutat hajlandóságot — a pofa is belevonódik a megbetegedésbe és pedig rendszeren oly módon, hogy a nyákhártyai oldalon az álképlet még többet roncsol el, mint a bőrön. A bemutatott beteg, Florea Tódor 82 éves napszámos, a jobb szájúg kisebb kiterjedésű epitheliomája miatt operáltott ezelőtt 7 hónappal, a mikor az ejtett hiány a sebszélek egyszerű összehúzása és varrása által könnyen el volt enyészteszhető. Mirigyek nem találtattak. Fél év múlva, 1902. decz. 6-án újra jelentkezett a sebészeti klinikán recidivával. Ez alkalommal a neoplasma kívül tallérnyi, a nyákhártyai oldalon a pofanyákhártyáját majdnem teljesen elfoglaló, felhánt szélű, fekélyes felületű, kemény beszűrődés képében mutatkozott, mely az állkapocot annyira rögzítette, hogy a fogrés alig kisujjnyira volt kinyitható. A szájúgtól az állkapocs külső oldalán az állkapocs alatti tájhoz lehúzódó, a csonton némileg mozgatható, lúdtoll szár vastagságú, kötegszerű beszűrődés volt kitapintható, nyilván a nyirok-edényekben való tovaterjedés kifejezésekképpen. Az áll alatti táj jobb felén az állkapocs alatti tájban és lefelé az egész elülső nyaki tájék jobb oldalán borsó—magyarányai kemény mirigyek sorozatai mutatkoztak.

A műtét 1902. decz. 9-én morphiium-chloroform altatás mellett végezteszett. Az álképletnek és az említett kötegeknek az ép részekben kellő távolágban történt kiirtása után úgyszólván az egész pofa hiánya állott elő. Ezért

a műtétet úgy folytatta, hogy a további metszések egyrészt a kiírtandó nyirokútakat és mirigyeket hozzáférhetőkké tegyék, másrészt pedig a pofa és a hiányzó ajakrészek pótlására szükséges lebenyek képzésére alkalmasak legyenek. A pofahiány alsó határa körülbelül az alsó fogmedri szél magasságában, oldalsó határa a m. masseter mellső szélén volt. Innen vitt tovább egy metszést le- és oldal felé az állkapocs szöglete alá, onnan kissé lekerekített csúcsesal a szakasont magasságában vízszintesen előre, a míg a metszés egy másikkal találkozott, a mely a beszűrődött nyirokedényköteg kiirtásából eredt réstől húzódott ferdén le- és medián felé. Az így körülmetezett bőrt felkészítve féltényérnyi trapez alakú lebenyt nyert, mely felül a pofahiány alsó határán az alappal csupán igen vékony kötőszövetrel függött össze, hasonlóan az úgynevezett GERSUNY-féle lebenyhez. Ez által a lebeny nagyon könnyen felhajthatóvá vált, úgy, hogy annak hámfelületét a szájúreg-felé fordítva a bőrszéleket a pofahiány alsó, oldalsó és felső határán a nyákhártya sebszéleivel feszülés nélkül, simán és pontosan összevarrhatta finom catguttal, szűcsvarrattal. Szabadon maradt medialis szélének feladata volt, hogy annak segítségével, visszahajtás és czélszerűen elhelyezett öltések útján, ajakszegélyezés és szájúg képeztessek.

A műtét további menetében a már meglevő metszések tovább vezetésével a nyakról egy nagy lebenyt készített fel oldalsó keskeny nyéllal. Az így feltárt területen a m. sterno-cleido-mastoideus félrehúzásával az egész kötőszövetet nyirokúttakkal, mirigyekkel, valamint az állkapocs alatti nyálmirigygyel s a fültömrigy lenyúló csúcsával kiirtotta, úgy, hogy itt a nyak, mint egy izomedény praeparátum volt kikészítve, mint ezt rendszeren rossz indulatú mirigyek gyökeres kiirtása czéljából tenni szokták. A nagy nyaki bőrlebeny minden nagyobb feszülés és nyélcsavarás nélkül most fel volt hozható a pofára, a hol annak szélei a pofahiány bőrszéleivel és a befordított lebeny visszahajtott széleivel összevarratván, az összes pofa- és ajakhiányok pótolva és fedve lettek.

A nyak terjedelmes bőrhiányát szomszédos részek eltolása és összevarrása útján elég könnyű volt elenyésztetni. Ilyen kiterjedt pofaképlésre főleg azért volt szükség, hogy heges szájmerevség beálltát megelőzzük, a mi teljes mértékben sikerült is. A beteg zavartalan gyógyulás után száját akadálytalanul teljes mértékben ki tudja tátani.

Hátra volt még a beteget egy alkalmatlanságtól megszabadítani. Tudniillik a befordított bőrlebeny szükségből olyan területről vétetett, melyen erős szakáll nő. Mikor a műtégi sebek begyógyultak és a szakállszőrök a szájúreg felé eső oldalon 5—6 mm.-nyire nőttek, hozzáfogott azoknak electrolysis segítségével való epilatiójához. Ez egy meghajlított platina-tű elektrod segítségével minden nagyobb nehézség nélkül ment, úgy hogy a betegen jelenleg egy néhány vonalas hegen kívül az eléggé kiterjedt és nagy sebzséssel járó műtétből semmi nyom sem látszik.

6. JANCÓ MIKLÓS dr. előadása: „Véletlenül előidézett házi malária endemia a kolozsvári belgyógyászati klinikán“ czímen. (Megjelent: Orvosi Hetilap 1903. 17—21. számaiban.)



II. szakülés 1903. februárius hó 21-én.

1. BRANDT tanár két beteget mutat be, a kikenél gastroplicatiót végzett.

a) F. Mari 44 éves napszámosnő. Betegsége bemondása szerint 1897-ben kezdődött, midőn is gyomortáji fájdalmakban szenvedett, a melyek étkezés után fokozódtak. 1899 év végén a belgyógy. klinikára vétette fel magát, honnan 1900 jan. 9-én a sebészeti klinikára tétetett át *dilatatio ventriculi* kórjelzéssel. Itt jan. 15-én HEVESI IMRE dr. tanársegéd operálta, midőn a gyomor nagyfokú tágulata mellett a pylorusnak u. n. spasticus szűkületét találta, miért is előbb egy pyloroplastica és utána egy gastroplicatio — gyomorredőzés — műtétet végzett. Műtét után a beteg csakhamar javulni kezdett, nehézségei elmúltak. Ezután még két hónapig volt a klinikán, a mely idő alatt 13·5 kgr. súlylyal gyarapodott. Márcz. 19-én gyógyultan távozott. Távozása után 6 hétig teljesen jól érezte magát, ekkor azonban baja újra előállván, a belgyógy. klinikát három ízben is felkereste, legutóbb 1902 aug. 3-tól okt. 23-ig kezelte ott magát. Ekkor újbóli operatió végett a sebészeti klinikára tétette át magát.

A nagyon lesoványodott halvány bőrszínű nő panaszai a régiiek: étvágytalanság, savanyú felbőfögés, nyomás-érzés a gyomor táján. Csont-, izomrendszer, légző- és vérkeringési szervek eltérést nem mutatnak. Hasbőrén a proc. xiph.-tól aláfelé a középvonalban kb. 10 cm. hosszú szabályos heg (3 év előtti műtét helye). Gyomortáj mérsékelten elődomborodó, tapintásnál érzékeny, köldök felett loecsanás, gyomor alsó szélé a köldök alatt 3 haránt-ujjnyira terjed. Has általában puha légpárna tapintatú, ellentálló képlet sehol sem tapintható. Gyomorból a reggeli órákban étkezés előtt gyomorsondán át kb. 1/2 liternyi részben emésztetlen ételrészeket tartalmazó gyomorbennék ürül. Gyomoredv a szabad sósav reactióit kifejezetten adja. Beteg testsúlya 38 kgr.

Műtét 1902 nov. 14. Általános morphiium-chloroform narcosisban. Bőrmetszés a régi hegtől balfelé 1 1/2 cm távolságra. Hasüreg megnyitása után azt találta, hogy a gyomor a máj felső részével össze van növe, úgyszintén alsó felületével is; különösen azonban a csepleszszel, még pedig nagy curvaturája mentén. A gyomor részben való előhúzósa után tisztán láthatók helyenként ujjnyi széles befűződéses, mint állandó nyomai a régebben alkalmazott gastroplicatióknak. E szerint a gastroplicatióknak a gyomor kisebbitésére határozott eredménye van. Hogy milyen ez az egész gyomorra nézve, tisztán meghatározni nem lehetett, miután a májjal, csepleszszel, sőt a léppel is össze lévén növe, kiemelni a hasürből nem lehetett. E befűződéses közötti tágabb kiöblösődéseit a gyomornak, a serosa és muscularison át vezetett catgut varratokkal most ismételtén széles redőkbe szedte. A gyomornak a májjal való széles összenövése folytán a gyomor pyloricus szélét nem tudta kikapintani s így az ottan régebben végzett tágító műtét eredményéről az óhajtott meggyőződést nem szerezhette meg. Összes műveletek után a peri-

tonealis sebet catgut varratokkal zárja, fasciát és izmot szintén catguttal, végül a bőrt selyemvarratokkal.

Beteg a műtét után jól érzi magát. Tápláléka híg ételekből áll. Műtét után nyolezadik napon a varratok eltávolítása, prima gyógyulás. Tizedik napon a beteg eddigénél is jóval halványabb, bőre viaszszárga színű, igen erőtlennek, bágynak látszik, gyengeségről maga is panaszol. Akkor éjjel állítólag bő híg széke volt, mint mondja, egészen fekete. Környezete azt állítja, hogy gyomorsondája van és önkezüleg szokta magát sondázni; éjjeli szekrényében tényleg megtaláltatott, de hogy utójára mikor sondázta magát, sem tőle, sem környezetétől megtudni nem lehetett. 1903. jan. elejéig anaemiája változatlan; majdnem teljesen étvágytalan, részvétlen. Hasban kimutatható eltérés nincs, hőmérséke rendes, nem hányik, kap Serravallo chinavasbort. Jan. 10 óta élénkebb, étvágya is jobb, anaemiája engedett, súlyban 2 krot gyarapodott, jelenleg testsúlya 39.9 kgr.

b) É. József 47 éves csizmadia. Baját állítólag 20 év óta észleli; állítása szerint u. i. évenként egyszer-kétszer gyomortáji fájdalmak és hányás kinozták. Baja nagyobb mértékben 2 év óta jelentkezett, miért is 1901. jun. 21-én a belgyógy. klinikára vétette fel magát, a hol catarrh. ventric. chron. dispept. dilatatio ventriculi kórjelzéssel 6 hétig feküdt. Egy ideig könnyebben érezte magát; 1902. szept. havában fájdalmai türethetlenné váltak s ezért okt 3-án újólag felvettette magát a belgyógy. klinikára, a honnan okt. 17-én műtét céljából a sebészeti klinikára tétetett át. Lesóványodott, bőrszíne ált. halvány, tüdő, szív részéről eltérés nincs. Gyomortáj kissé elődomborodik, resistentia nem tapintható, loceszanas jól kiváltható. Tapintáskor érzékeny. Felfúvásnál a gyomor alsó határa a köldök alatt 3 harántujjnyira van. Étvágytalan, naponta többször hányik, hányadékja régi ételrészeket tartalmaz, félig emésztetlen állapotban. Éhgyomorból kb. 1000 cm.<sup>3</sup> erősen savanyú-szagú gyomorbennék, mely a sósav reactioit adja, de a tejsavét nem. Gyakran bőfög, savanyú, bűzös gázokat. Széke 6—8 napban egyszer, kemény bélsárrögökből áll. Testsúly 54.1 kgr.

Műtét 1902. okt. 19. ált. morph.-chlorof. narcosisban. A proc. xiph.-tól alafelé a linea albában vezetett kb. 15 cm. hosszú börmetszés. Egyes rétegek után rákad a peritoneumra, melyet szintén felnyitva, bejut a hasfűrbe. A kitágult gyomrot előhúzza, épnek találja, csak falai hypertrophicusan megvastagodottak. Pylorus ép, miért is gastroplicatiót végzett. A gyomor mellső falát 6, a hátsó falát 5, a muscularisig terjedő catgut öltéssel redőkbe foglalja olyformán, hogy a gyomor közepe felé, tekintettel arra, hogy ott tágabb ürterű, nagyobb, illetve mélyebb redőket emel. Ilyenformán azok összehúzza és összekötte a gyomor tetemesen megkisebbedik. Felső részét rögzíti egy varrattal a proc. xiph. alá. Ezután catguttal a hashártyát csomós öltésekkel zárja, utána réteg- és bőrvarrat.

Műtét utáni napokon teljesen láztalan a beteg, közérzete jó, a tejet jó étvágygyal költi el, a negyedik nap rendes szék, 8-ik nap a varratok eltávolítása, prima gyógyulás. Étvágy javul, sültet, 200 grm. bort kap. 15-ik nap

felkel, egészen jól érzi magát, étvágya jó, naponként rendes szék. 20-ik napon a testsúly 4 kgr.-mal gyarapodott. Egyenlő mennyiségű étel mellett folyton gyarapszik, mai napon súlya 66.4 kgr.

2. HEVESI IMRE dr. a *genu valgum* tüneteit mutatja be egy eset kapcsán.

3. BUDAY KÁLMÁN tanár bemutatásai:

a) *Vitium cordis congenitum*.

Az eset GENERSICH GUSZTÁV egyetemi m. tanár úr magángyakorlatában fordult elő, a ki a tünetekből szívfejlődési hibára gyanakodott, s a gyermeknek félesztendő korában bekövetkezett halála után rábírta a szülőit, hogy a boncolásba beleegyezzenek.

A megejtett boncolás a következőket derítette ki: Testhossz 62 cm., súly 4200 grm. Az egész test cyanoticus, lesaványodott. Rachitises koponyalak, megvastagodott borda-epiphysisek.

A has megnyitásakor feltűnik, hogy a vakbél és felhágó vastagbél 8—9 cm. hosszú szabad bélfodorral bírnak, tehát u. n. mesenterium commune van jelen. A *máj* a hasüreg felső részét szymetriásan kitölti, a bal lebeny épp oly nagy, mint a jobb s a hátsó hónalj vonalig ér; az opehólyag a lig. susp.-tól balra a bal lebenyen van. A *gyomor* teljesen fedve van a máj által, hossz tengelye majdnem függőlegesen halad lefelé, a duodenum is szinte teljesen sagittalis síkban fekszik. A *lép* teljesen hiányzik, a *pancreas* farki vége nincs rögzítve.

A *szív* *burok* főképp harántúl meglehetősen nagy. A *szív* bal fele kicsiny, a jobb gyomrocscs ellenben minden átmérőjében nagyobb, különösen a conus tája erősen kiemelkedik. Az aorta jobb oldalt elül ered és pedig teljesen a jobb gyomrocscsból, a rendesnél tágabb, 16 mm. átmérőjű s majdnem függőlegesen halad fölfelé. Az art. pulmonalis az aorta mögött s tőle balra fekszik a bal fülese által eltakarva, s vékony, szinte zsinegszerű, alig 2 mm. átmérővel.

Felmetszés után a jobb gyomrocscs sokkal tágabbnak mutatkozik a balnál, fala is vastagabb, tömöttebb, a bal gyomrocscs ürege feltűnően kicsiny. A gyomrocscs-sövény felső részén egy nagy ovalis hiány van, a melynek magassága 12 mm., mell hátsó átmérője 15 mm. A pitvar sövényen szintén egy jókora hiány található, melynek megfelelő átmérői 14 és 13 mm. A két hiány közt a pitvar-gyomrocscsi határon a septum intermediumnak megfelelő keskeny lécz van kifeszítve, a mely úgy fel, mint lefelé vájt széllal bír, úgy hogy a pitvar- és gyomrocscs-sövény hiány együttesen nyolczszalakalal bírnak. A gyomrocscs-sövényen a hiány az u. n. hátsó (a venás szájadékok közt fekvő) részt illeti s itt a kéthegyű billentyűnek medialis vitorlája egy mellső és egy hátsó részre hasadt, a melyek mindegyike a gyomrocscs-sövény hiányon át egy-egy tricuspidalis billentyű-vitorlával függ össze.

Az aorta a bal gyomrocscstól a gyomrocscs-sövény mellső része által teljesen el van zárva, s a jobb gyomrocscsból annak mellső medialis részéből ered. Az art. pulmonalis egyik gyomrocscscsal sem közlekedik, obliterált alsó vége a gyomrocscs-sövényben vész el, szájadéka nem található fel.

A nagy ütő-erek lefutása a következő: A zsinegszerű *art. pulmonalis* kb.  $1\frac{1}{2}$  cm-re a szívből való kilépése után két ágra oszlik, melyek mindegyike sokkal vastagabb, mint maga a törzs, átmérőjük mintegy 0.5 cm. s megfelelő tág belvilággal is bírnak. Ezen ágak a bal és jobb tüdőhöz haladnak s ott kisebb ágakra oszolva a tüdő-állományába behatolnak.

Az *aorta ascendens* függélyesen felfelé haladva átmegy az aorta ívbe, a mely a jobb bronchus fölött hajlik át s a lehágó aorta is a gerincoszlop jobb felén halad végig. A függőér ivéből ered bal oldalt egy *art. anonyma*, a mely a bal carotist és subclaviát adja, jobb oldalt ellenben a carotis és subclavia külön-külön erednek az aortából. Az aortából azonkívül igen erős *bronchialis ütőerek* is erednek, a melyek az elzárt *art. pulmonalis* helyett a tüdőt vérrel ellátják. Az egyik az aorta ív vájulatából ered s a jobb tüdőhöz halad, s körülbelől olyan vastag, mint az *art. pulmonalis*-nak a jobb tüdőhöz menő ága. Még hatalmasabb ágak erednek a lehágó aorta felső részéből a trachea oszlása magasságában: bal oldalt egy igen erős ág, a melynek átmérője majdnem még egyszer akkora, mint a bal *art. pulmonalis* ág, jobb oldalt pedig 2, valamivel kisebb ág. A bal oldali erős *bronchialis ütőér* azonkívül a bal *art. pulmonalis* ággal a tüdőbe való belépése előtt közlekedik. Ezen ágak leadása után a lehágó aorta szembetűnően megvékonyodik.

A *nagy venák* kikészítésénél a következő rendellenességekre akadunk: A jobboldali v. jugularis és v. subclavia egyesülve egy v. cava superior dextrát alkotnak, a mely a jobb pitvarba ömlik. A baloldali v. jugularis és v. subclavia ellenben ezektől teljesen elkülönítve, egy vena cava superior sinistra-ban egyesülnek, a mely a bal pitvarba szájadzik. Hasonlókép a tüdővenák közül is a jobb oldaliak a jobb pitvarba, a bal oldaliak a bal pitvarba ömlenek. A vena cava inferior egész lefutásában az aortától balra fekszik s a máj bal lebenyének hátsó részét fúrja át.

A *tüdők* lebenyeit elkülönítő rendes barázdák nem mindenütt elég kifejezettek, e helyett több rendellenes csekély barázdák a tüdők felületén, a mi által számfeletti kisebb lebenyek keletkeztek. Mindkét tüdőben főleg a hilus közelében kisebb-nagyobb sajtos góczok, a bal tüdőben egy diónyi sajtos terület. A tüdő csúcsban és széleken emphysema, a hátsó részeken catarrhalis pneumonia. A tüdőkapuban igen sok és nagy, egymással összekapaszkodott sajtos nyirokmirigy. Górcső alatt a gümőkór szokott képe óriás sejtekkel, bacillusokkal.

A *vesemedence* és *kelyhek* mindkét oldalt kissé tágultak, egyébként a vesék épek. Az alsó vékony beleken MECKEL-féle diverticulum.

A mint ezen ismertetésből látszik, nemcsak a szíven voltak fejlődési rendellenességek, hanem a nagyedényeken is s ezenkívül a tüdők, gyomor, belek, bélfordor, máj és lép is kisebb-nagyobb fokú fejlődési zavarokat, illetőleg hiányokat mutattak. Mindezek közül azonban jelentőségre nézve két-séggel első helyen áll a szív sövényeinek és a nagy ütő-eres törzseknek képződésében mutatkozó nagyfokú szabálytalanság. Első pillanatra csodála-

tosnak tetszik, hogy ilyen fokú fejlődési hibák mellett fél esztendőért meg a gyermek. Már a szív-sövény hiányok is a legnagyobbak közé tartoznak, a mennyiben úgy a pitvar, mint a gyomroc-sövénynek legnagyobb része hiányzik. Az art. pulmonalis törzsének elzáródása pedig egyenesen lehetetlenné tette egy külön kis vérkeringés létesülését. Ez az elzáródás valószínűleg azáltal támadt, hogy a közös ütő-eres törzs sövénye rendellenesen képződött, úgy, hogy egy igen tág mellső jobboldali aortára és egy igen szűk hátsó baloldali art. pulmonalisra osztatott a truncus art. communis. Ennek következtében az aorta teljesen a jobb gyomrocba került, míg az art. pulmonalis alsó része a gyomrocoktól úgyszólván teljesen elzárattott.

A tág bronchialis ütő-erek azért képződtek, hogy az aorta felől a tüdők, illetőleg az art. pulmonalis ágai vért kapjanak. A bal oldali ütő-eres közlekedés megfelel egy rendellenes ductus arteriosus Botallinak, s ez látja el vérell az art. pulmonalis ágait.

Természetes, hogy ily viszonyok közt csak egy vérkeringés volt, mert az aorta vitte a tüdőbe is az oxydálásra a vért, persze ugyanaz az aorta egyuttal vegyes vért vitt szét a testbe is.

Ily nagyfokú fejlődési hiányokkal rendszerint röviddel a születés után bekövetkezik a halál; hogy ez a gyermek mégis 6 hónapig élte, azt talán a következő módon lehet magyarázni. A nagy pitvar- és gyomroc-sövény hiányok lehetővé tették, hogy az összes vénás vér a jobb gyomrocshoz eljusson, másfelől az aorta szájadéka teljesen a jobb gyomroc fölé esett és a bal gyomrocstól el volt különítve, a jobb gyomroc tehát a beléjútott összes vérmennyiséget jól átadhatta az aortának. Végül a bronchialis ütő-erek igen erős kifejlődése lehetővé tette azt, hogy az art. pulmonalis elzáródása dacára az oxydatio végebe menjen, persze jóval tökéletlenebbül, mint teljesen zárt kis vérkeringésnél.

A mi a szív fejlődési hibáknak a többi szervek fejlődési rendellenességeihez való viszonyát illeti, ezt következőkép lehet talán elképzelni. Olyanformán látszik, mintha itt egy situs inversus akart volna fejlődni, de nem fejlődhetett ki a maga teljességében, hanem e helyett az egész fejlődés megzavartatott. Legalább valami közös zavaró okra kell gondolni, a mikor azt látjuk, hogy az aorta a jobb gyomrocából indul ki, lehágó részével a gerincez jobb oldalán halad, míg a vena cava inferior a bal oldalon, s ugyanakkor a máj bal lebenye aránytalanul erősen fejlődik, az epehólyag fundusa a bal lebenyre kerül, a gyomor pedig nem teszi meg a szokott forgását a sagittalis síkból a homloksíkba. Ez a transponált máj és transponált szív együttes előfordulása mások által is észleltetett.

Érdekes még, hogy a gyermeknél aránylag korán tüdő és hörgi mirigy-gümőkór fejlődött ki. A tüdőítér szűkülete sokszoros tapasztalat szerint előmozdítja a tüdőgümőkór keletkezését.

GENERSICH GUSZTÁV dr. magántanár hozzászólásában az érdekesítő és alapos bemutatás után nagyon kevés mondani valót talál.

Észlelése nem volt folytonos, mivel a beteget csak időnként láthatta, és a fellépett tüdőbántalom annyira uralta a helyzetet, hogy a szív tüneteit

pontosan felvenni nem lehetett. Arra a lehetőségre pedig, hogy az esetet a bonczasztalon fogja láthatni, a helybeli viszonyok között nem is gondolt. A szülők engedélyét a bonczolásra az a megjegyzése eszközölte ki, hogy a bonczolat hivatva volna eldönteni azt, mit az élőben nem tehetett, hogy tuberculosis-e az észlelt tüdőbántalom vagy sem.

Hozzászólása ennél fogva csak az eset előzményeire, néhány megemlítésre méltó észlelt tünetre és a veleszületett szívbántalmak általános körülményeire terjeszkedhetik.

A gyermek 6 hónapig és 10 napig élt, első gyermek volt. 1901. okt. 10-én született. Az anya a terhesség alatt 8 hónapig teljesen jól érezte magát, soha sem volt rosszúl, nem hányt sőt igen jól evett és meghízott. Az utolsó hónapban, mely időszak a magzat szerveinek képződésére már nem lehetett befolyással, folytonosan rosszúl volt, és nagyon felpuffadt. A szülés rendes és elég rövid tartamú volt. A gyermek már születésekor nagyon gyenge volt, sírása alig hallatszott, a kezelő orvos nem is engedte meg 8-ad napra körülmetélni.

Daczára azoknak a nagy mérvű szervi változásoknak, melyekben a gyermek szenvedett és daczára a gyomor fejlődési rendellenességének, a gyermek türethetően táplálkozott és feltűnő módon gyarapodott. A gyermek születése után egy hétre 3,150 gr.-ot nyomott, 6 hetes korában pedig 3,650 gr. volt. 2 hónapig az anyja szoptatta, de részben, mivel teje elapadt, részben, mivel a gyermek szopáskor nagyon elfáradott, tehát tejre fogták. A gyermeket 1902. jan. 14-én gyengén táplált állapotban találta és dajkát ajánlott, jan. 23-án a testsúly 4,050 gr. volt. A gyermek eddig aránylag kevés táplálékot vett magához, az elfogyasztott tehéntej  $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$  borospohárnyi volt. A dajkától eleinte valamivel többet kapott, de az asszony eleitől fogva panaszkodott, hogy a gyermek csak fél mellből szopik, és azt sem üríti ki egészen. A testsúly ennek daczára febr. 26-án 4,500 gr. volt és márcz. 26-án 4,900 gr.-ot nyomott. Márcz. 26-án azonban már tekintélyes apadás volt észlelhető (4,600 gr.) mely csak ápr. 2-től egyenlítődt ki és a testsúly ápr. 12-én ismét elérte a 4,900 gr.-ot. A gyermek ápr. 16-án rosszúl lett és 20-án meg is halt, tehát közel halálához kb. 300 gr.-t hízott 10 nap alatt.

A másik feltűnő sajáttság volt, hogy a gyermek daczára fulladásának és köhögésének, alig sirt és általában jó kedélyű volt, nevetett, hangra jól figyelt és környezetét megismerte.

A kékséget 5 hetes korában vették észre sírás közben. 1902. jan. 14-én tett első látogatásakor a cyanosis nyugodt állapotában is jól kifejezett volt, úgy az arczban, mint a végtagokban. Az ujjak végperceze némileg dobverő-szerűleg megdagadt, de az ujjakon fejlődési rendellenességek nem voltak. Másfelől azonban igen feltűnő volt a kéz visszereinek tágabb volta, az ujjak szélén elkanyargó visszerek nemcsak láthatók voltak, hanem vastag czérna kiterjedésével bírtak.

E két nevezetes tüneten kívül a tüdők eltérései uralták a kórképet, dyspnoe, behúzóadás a mellkas oldalain, orrszárnylégzés, szaporább, kissé

nyögő légzés jelezték a légzés megzavarását. Kopogtatásnál a bal mellső hónalj vonalban a szívvel összeérő talléros tompulat volt, hasonlóképen kis forintos tompa helyek voltak hátul, alúl és a gerincoszlop mentén. E tompulatok felett erősödött és hörgi légzés hallzott és a szörtyzörejek esengők voltak. Az egész tüdő felett számos nagy és kis hólyagcsás szörtyzörej hallatszott. A gyermek köhögött és néha genyes-nyákos köpetet ürített, melyben Koch-féle bacillust nem talált.

A szív nagyobb volt. A tompulat a 2. borda alsó szélétől lefelé a sternum jobb szélétől befelé és kb a rendes helyéig terjedt kifelé, ott t. i. a tüdőbeli tompulattal összeért. Csücslökést a rendes helyen nem lehetett kivenni, hanem némileg a sternum jobb szélén vert a szív. A szív működés mindig szapora, 120—140 volt, a hallgatódzást részben ez a körülmény, részben a tüdő felett hallható számos szörtyzörej nehezítette meg. Annyt azonban biztosan állíthat, hogy a gyermek szíve felett alvó állapotban hallgatódzva csak hangokat hallott, illetve zörejeket kivenni nem tudott. A visszerek a nyakon, a mellkas felső részén a rendesnél jobban voltak láthatók.

A gyermek lázas volt valahányszor megvizsgálta, rendszeres hőmérőzés azonban nem volt.

A veleszületett szívbántalmaknál előforduló jelek a szívnek változott helyzetéből, a csücslökés helyzetéből, a szív nagyságából, a hallható zörejekből, a látható cyanosisból és esetleges egyéb fejlődési rendellenességekből szedődnek össze. Az első kettő e jelek közül inkább dislocált szívre vonatkozik. Legfontosabb jel a cyanosis, a zörej, melyet localisálni nehéz és az a körülmény, hogy a szív, daczára a számos és nagymérvű változásnak, nem teng túl, mint a szerzett szívbántalmaknál. Egy általa 1891-ben észlelt esetben a cyanosis, nem localisálható zörej, majdnem rendes nagyságú szív, dobverő ujjak, ujjhiány, fan- és hónaljszörök hiánya, haemoptoe képezték a tüneteket.

Oly esetekben, hol a szív egy kamrás, vagy az edények situs transversa van jelen, továbbá a ductus Botalli nyitva maradásánál, az aorta 2 gyomorból való eredésénél, a venae pulmonales a jobb pitvarba való beszájadzásánál a veleszületett szívbántalom úgyszólván feltűnőbb jelek nélkül állott fenn.

Azonban ennél a cyanosison kívül a nagy izomgyengeség, a táplálkozás gyenge volta, vérzések, oedemák és tüdőbántalom azon tünetek, melyek a kék-kór, a cyanosis congenita okául a veleszületett szívbántalmat engedik felismerni. Érdekes a táplálkozás aránylag jó volta.

A légtelen tüdőgócoknak tuberculoticus voltát csak a bonczolat derítette ki.

b) *Aktinomykosis cerebri* Az aktinomykosis az eddig észlelt esetek túlnyomó részében olyan módon lépett fel, hogy a fertőzés kapuját ki lehetett mutatni, így pl. behatolhat a sugárgomba a bőrön, a tápcsatorna- és légzőszervek nyálkahártyáján s ezen helyeken képződnek ki legelőbb a jellegzetes szöveti változások. Csak ritkán, kivételesen észleltek távolabb eső helyeken önálló elsődleges aktinomykosis; a sugárgombabetegség ezen

alakjai közül példaképen mint legtanulságosabbat a BOLLINGER-féle esetet szokták felemlíteni, a melyben a harmadik agygyomrocsban fordult elő egy mogyorónyi sarjadzások daganat, jellegzetes sugárgombákkal.

Ezen esethez minden tekintetben hasonlóra bukkant nemrég egy 30 éves nő boncolása alkalmával. A nő idült vesegyuladásban szenvedett, a halál közvetlen oka a gégének hirtelen fejlődött genyes gyuladása volt. Sem a klinikai tünetek, sem az agy külső vizsgálata nem mutattak valami agyi elváltozásra. A harmadik agygyomrocs feltárásakor a fornix mellső szárai közt egy mogyorónyi kocányos daganatot talált, a mely első tekintetre tömlőnek a benyomását tette, bemetszéskor azonban solidnak bizonyult, lágy kocsonyaszerű bennékkal, a mely a központi részében igen apró fehér szemcsékkel volt tele. Ezek a szemcsék görcsö alatt sugárgombatelepeknek bizonyultak, igen kifejezett vaskos bunkókkal. Metszetekben a telepek közepén fonalakat nem igen lehetett találni, azok úgy látszik, teljesen elpusztultak; a körülvevő sarjadzás is teljesen elhalt. A sugárgomba behatolásának nyomát sem a bőrön, sem a nyálkahártyákon nem lehetett megtalálni: fogak épek. Tehát ez az eset is egy újabb bizonyíték arra, hogy a sugárgomba, úgy a mint a mikroorganizmusok jó részére nézve ezt már kimutatták, kivételesen behatolhat a szervezetbe a nélkül, hogy az elsődleges behatolás helyén szembetűnő kóros elváltozások jönnének létre.

#### 4. GENERSICH GUSZTÁV dr. magántanár bemutatásai:

a) *Meningitis serosa*. B. A. 5 hónapos csecsemőt 1902. decz. 28-án azzal a panaszszal hozták a klinikára, hogy 2 hete nyög, lázas, zöldeset székkel. A gyermeket rhachiticusnak találta, kutacsa feltűnően domború volt, a szék dyspepsiát mutatott, testsúlya 5850 gr., fejkörülete 43 cm.

1903. jan. 2-án a dyspepsia még megvan, sőt 5-én hányás is lépett fel, miért is a gyermek gyomrát kimosta. Ts. 5700 gr. jan. 10-én, a szék még mindig zöldes nyákos, csomós, hányás többször ismétlődött, a gyermek ijesztő módon fogy, már csak 5450 gr. és ennek daczára a kutacs domború, a fej hátra szegzett, a has beesett. Végzett Quinke punctio 100 cm<sup>3</sup>, kissé zavaros folyadékot hoz ki, a kutacs lelapul. Az előbb 112 sz. pulsus 130—140-re emelkedik. A gyanú meningitisre felmerül. Jan. 12-én a szemgolyók feltűnően befordulva találatnak, strabizmus lép fel, a kutacs ismét oly feszes, a milyen punctio előtt volt, a testsúly azonban csak 30 gr.-mal kevesebb (5420 gr.). Újabb punctióra 60 gr. ürül ki.

Jan. 13. kutacs kezd domborodni, opisthotonus mérsékeltebb, bulbusok kevésbé lefordulva, ts. — 100 gr. (5320).

Jan. 14. Kutacs ismét domború, de még nem feszes, a hydrocephalikus tekintet kifejezettebb, Szék még nyákos. Hányása 2-ik punctio óta nem volt. A gyermek kezd jobban szopni. Ts. 5300 (—20).

Jan. 19. Opisthotonus megvan, kutacs valamivel feszesebb, szemgolyók majdnem egyenesen állanak. Pulsus 160, szék még csomós nyákos. A gyermek az anyja állítása szerint kezdett ismét nevetgélni. Ts. 5260 (—40).

Jan. 21. Kutacs ismét feszes, a gyermek nyugtalan, opisthotonus kife-



jezettebb, hydrokephalikus tekintet ismét megvan. Pulsus 180. Ts. 5370 (+). D. u. Quinke-punctio, mely alkalommal 30 gr., kissé véres folyadék jött ki, (több szűrést kellett ejteni), a fontanella csak keveset lapult be.

Jan. 22. A gyermek a punctio után valamivel nyugodtabb volt, este azonban nyugtalanodni kezdett. P. 160. 24-én a kutacs ismét feszes, opisthotonus, strabismus kifejezettebb. Ts. 5330 (—). D. u. IV-ik Quinke-punctióra 150 kcm. savó, majdnem preczkelve jön ki, kutacs belapul.

Jan. 26. A kutacs ugyan ismét domború, de a gyermek vidámabb, élénkebb.

Jan. 29. Kutacs domború, feszes. Ts. 5440(+).

Febr. 4. V-ik Quinke-punctio (60 gr.). A gyermek azután elég csendes, jól alszik, nevetgél. Testsúlya gyarapszik.

Febr. 18. VI-ik Quinke-punctio, mely eljárást ezután ritkábban bár, de még egy ideig végezni fogja.

A beteget jan. 12-től 26-ig syr. ferri jodattal tartotta, mivel pedig javulás állott be, higanykenőcs bekenéseket végeztetett. Ma a VI-ik tour befejezésénél tart.

A meningitis kifejezett tünetei ebben az esetben javulásba mentek át. Ez zárja ki a bántalom genyes, vagy tuberculosus természetét. Járványos agyhártyalob nálunk nem fordul mostanság elő. Ezért ezt az esetet *meningitis serosa*-nak minősíti, mely ritka bántalom, inkább csecsemőknél fordul elő, s melynek lényege az, hogy a lágyburok oedemás és az agy gyomrocsai savóval telnek meg.

Az eset egyúttal egy hydrokephalus acutus-t képvisel.

b) *Hydrokephalus chronicus*: C. R. 3 éves gyermek, 1 év óta beteg. 5 hó óta kezd a feje nőni, jelenleg 53 cm. kerületű. Már járt, de egy év óta leesett a lábáról. Fejét baloldalt hajtva mereven tartja, a nyak merev. A gyermek csak baloldalt, vagy a háton tud feküdni. Gerincoszlop következményesen elgörbült. Alsó végtagok többnyire kifeszítve tartatnak. A térdet időnként behajtja. Passiv mozgatásnál meglehetősen ellenállás van. A felső végtagok eléggé mozognak, de a rendesnél mégis merevebbek. Jobboldalt teljes facialis hűdés van lagophthalmussal. Jobb cornea csillámló, pupilla valamivel szűkebb. A töröközgek tiszták, a szemideg papillái kissé halaványok, az arteriák szűkebbek.

A fej a 73·5 testhosszhoz és 45 cm. mellkerülethez viszonyítva nagy. Az összes átmérők jóval nagyobbak. A frontooccipitalis 18, a biparietalis 15·6, a bitemporalis 10·7, a menthooccipitalis 15·6, pupillák közötti távolság 48 mm.

A kutacs 3 ujjnyira nyitva van, de nem feszes. Quinke-punctio nem sikerült.

Mindezek a jelek egy *chronicus hydrokephalus* mellett szólnak. A torticollis, a facialis hűdése a mellett kardoskodnak, hogy az ok körülírt helyen van, valószínűleg a pons Varoli táján.

5. FABINYI RUDOLF dr. előadása: „Az agyalapi ütőerek syphilises bántalma“ czímmel. (L. Értesítő 76—99. lapjain).

6. HEVESI IMRE dr. előadása: „*Transplantatio tendinum*“ czímmel. (Lásd Értesítő 41—75. lapjain.)

### III. szakülés. 1903. április hó 3-án.

1. BRANDT tnr.: a) egy beteget mutat be, a kinek duodenumából egy tüt távolított el.

L. Veronka 15 éves. 24 órával előbb szájában tartva egy varrótüt, azt véletlenül lenyelte. Vizsgálatnál a scrobiculum cordis alatt 4 haránt ujjnyira nyomásra szűrő fájdalmak. Burgonya, sok kenyér és ismételt hashajtók bevétele után állapot csak annyiban változik, hogy kisebb fokú hőemelkedések mutatkoztak, 1903. márczius 2-án, vagyis a tü lenyelése után 12 nappal műtét alkalmával a duodenum alsó szakaszából egy nagyobb fajta varrótüt távolított el. Síma gyógyulás. Beteg ma teljesen gyógyult. Előadó megjegyzi, hogy az ilyen idegen testeket indicáltak tartja művileg távolítani el.

*Discussio:* PURJESZ tnr. megjegyzi, hogy ebben az esetben nem lehetett volna Röntgennel a tü helyét megállapítani? mire előadó megjegyzi, hogy ezt több ízben sikertelenül kísérlette meg.

b) Ugyancsak BRANDT tnr. a f. évi januárius hó 30-án tartott szakülésen bemutatott 3 ecchinococcus esethez még egy negyediket mutat be.

P. Gy.-né, 24 éves. 8 hó óta hasában daganat nő. Vizsgálatnál a jobb bordaív alatt a közép vonal mellett egy a köldök alá, mintegy 5 haránt ujjnyira leterjedő hosszukás lapos kiemelkedés, a mely elég élesen határolt, ruganyos, a mélyben fluctuál, nem fájdalmas, a genitáliáktól jól elkülöníthető, surranás fölötte nem érezhető.

1903. márcz. 20. műténél 700 grm. tiszta savószorú folyadék s egyetlen egy nagy hólyag. A savóban és hólyagban görcsö alatt ecchinococcus horgokat találtak. Beteg ma jól érzi magát, jó étvágya van s így a gyógyulás normalis lefolyásu.

2. HEVESI IMRE dr. újra bemutatja a legutóbbi szakülésen már bemutatott betegeket s demonstrálja az inatültetés sikerét.

*Discussio:* MARSCHALKÓ tnr. az innervatióra vonatkozólag tesz kérdést. Az így kifejlődött vitában részt vettek előadón kívül SZABÓ és PURJESZ tanárok.

3. KUGEL EDE dr. szül. és nőgyógy. gyakornok „*Ovariectomia terhesnél*“ czímen értekezik, bemutatja a beteget s előadja, hogy irodalmunkban az idevágó kimerítőbben közölt esetek száma aránylag csekély: ezen körülmény, valamint jelen eset máskülönben is említésre méltó volta, ennek bővebb ismertetését kívánatossá teszik.

34 éves, férj. asszony, havi baját 16 éves korában kapta meg, ez azután rendszeren jelentkezett, 4 hetenként, 7 napi tartammal. Utolsó tisztulása 1902. szept. elején volt; 1903. februárius elején 8—10 napon át volt világos véres folyása.

4. P. 1., 15 év előtt, utolsó 4 éve; mind rendes időre, rendszeren. Gyermekekágyak rendes lefolyásúak voltak, 1—2 heti fekvéssel.

Röviddel utolsó gyermekágya után hasában bal oldalt csomót érzett, hasa azóta fokozatosan, 1902 szeptember óta gyorsabban nagyobbodott; 1903 januárius hó óta fájdalmas feszülést érzett a hasában, melyhez februárius hó óta nehéz légzés is csatlakozott.

Status praesens márczius hó 9-én. Közepesen fejlett, mérsékeltlen megfogyott nő beteg, mellkasi szervek épek, emlőkből savószzerű váladék nyomható ki.

Hasbőre mérsékeltlen vékony, has egészben előre domborodik, köldök hólyagszerűen kiemelkedik. Has köldök körüli kerülete 113 cm.

Has baloldala meredek, jobb oldal lapos lejtő lumbalis táj felé. Gyomorgödörben 3 újjnyi széles felületen, innét a mellső hónalj vonalakig a bordaív alatt tenyérnyi felületen éles dobos kopogtatási hang. Élénk fluctuatio a has bal oldalát és elejét elfoglaló területen, az ettől sekély behuzódással elkülönített és a jobb lumbalis tájéket kidudorító külön karély fluctuatiót nem mutat.

Belső vizsgálat: hüvelybemenet nyákhártyája kifejezetten livid, a hüvely nyákhártyája felpuhult. Portio folytatásában méhtest nem követhető. Mellső és hátsó boltozat elasticus puha rész által ledomborított.

Diagnosis: Kystoma ovar. (bilat.?) graviditas?

Az indicatio az ovariomiához tehát föltétlenül fönnáll, a coexistens terhesség lehetősége ezt csak támogatja, sőt sürgető momentumként szerepel; mert az idevágó statisztikák chronologicus sorrendben való áttekintésénél látjuk, hogy az ovariectomia intra graviditatem eredményei egyre kedvezőbbek a mortalitas percentualis értékeinek állandó kissebbedését állapíthatjuk meg. (OLSHAUSEN 1886. 9.75%, WÄHMER 1900. 4%), nem áll ez a terhesség megszakítására nézve, itt az átlagos %-os érték most is 22.5%; míg ellenben expectatiós eljárás mellett a terhesség megszakítása csak az esetek 17%-ban következik be (SETTER); de a szülések a terhesség végén a magzatra gyakran kedvezőtlen lefolyásúak, a mi különösen nagy daganatoknál, mint jelen esetekben is valószínű, mivelhogy ezek a méh és a hasizmok actióját nagyobb mértékben korlátozzák és ha ezekhez hozzávesszük mindama veszedelmes szövödményeket, melyek a terhesség, szülés, gyermekágy folyamán a daganat részéről felmerülhetnek, mint kocsány csavarodás, cysta megrepedése, cysta tartalmának elgennyedése stb. az ovariectomia előnyei nyilvánvalók.

Márczius hó 10-én Laparotomia (SZABÓ tanár) vékony hasfalak bemetészése, cysta nagyobb terjedelemben hashártyával és omentummal összenőtt, az összenövésnek tompa leválasztása után troicarttal punctio, mire 9 liternyi szennyes kávé-barnás folyadék ürül, melynek súlya 11.3 kgr. Az egész daganat kigördítése után a méh adnexái által képezett kocsány mutatkozik; ennek két részletben való alakötése után a daganat lemetszése, csomk ellátása. A has jobb oldalán tapintott külön daganat kb. a VII. hónap elejének megfelelő terhes méhnek bizonyul. Jobb oldali adnexák rendesek, Műtét

után délután szülőfájdalmak lépnek fel, melyek azonban este mind gyéribben és gyéribben jelentkeznek s az éj folyamán egészen megszűnnek.

Hőmérsék maximumon mütét utáni hatodik napon 37°6' C, később 37°3' C, teljesen zavartalan közérzet mellett. 9-ik napon hasvarratok eltávolítása, hasseb per primam gyógyúlt.

Terhesség fennáll.

Szövetteni diagnózis: Kystoma ovarii simplex papillare. Nem hagyhatja említés nélkül, hogy a leírt daganat a hazai irodalomban ismertetett és a terhesség ilyen előre haladott időszakára vonatkozó esetek között a legnagyobb.

BORBÉLY SAMU dr. felemlíti, hogy egy hasonló esetet ő is észlelt.

4. VESZPRÉMI DEZSŐ dr. Heveny fehérvérűség egy esetét mutatja be, a melynek érdekességet kölcsönöz már azon körülmény is, hogy nemesak a Klinikai kép, de a kórbonczolás után is téves kórisme felállítására adott alkalmat, s a tulajdonképeni betegség csak a szövettani vizsgálatok után derült ki.

Egy 25 éves nőnél, a ki néhány nap óta érzi magát betegnek, 9 napig tartott klinikai észlelése alatt az állandó magas lázon kívül nagy elesettség bevont nyelv, étvágytalanság, borsólészerű híg szék, meteorismus voltak a lényeges tünetek. A beteg vére, függő cseppben vizsgálva, 2 ízben is positivus WIDAL reactiót adott. Bonczolásnál feltűnt a testszerte található vérzés: így a bőrben, izomrostok között, kemény burkon; nagy tömegben az agyban, a szemek mellső csarnokában, savós hártályon stb. A belekben duzzadt, tüszők, Peyer plaqueok voltak s az ileumban egy pár, a vakbélben néhány korona nagyságú kerekded vagy ovalis fekély, ép szélekkel, alapjukon fakó pörkkel. A lép jóval nagyobb, puhább, metszéspapja sok vakarékot ad, egy pár ék alakú szürkés necrosist mutat. Mesenterialis mirigyek szintén nagyobbak, velőszerűek, szürkésveresek. A bonczati kép megerősíteni látszott a klinikai tünetek alapján felvett typhus abd. kórisméjét, csak a szokatlan s aránytalanul nagy mennyiségű vérzések, lép-necrosis nem voltak beilleszthetők teljesen a hasi hagymáz szokott bonczati leletébe. Ezeket akkor úgy kellett értelmezni, hogy talán egy súlyos általános fertőzésnek a következménye, a melyben a toxicus hatások érvényesültek inkább, aránylag kevés helyi elváltozás mellett. A szövettani vizsgálat a lép, a mirigyek részéről a hasi hagymáz felvételét nem erősítette meg, a mennyiben sem typhus-bacillusokat nem lehetett azokban találni, sem a typhusnál találni szokott szöveti elváltozásokat. E helyett úgy ezekben a szervekben, mint a többiekben is mindenikben, főleg nagy mennyiségben az agyban, a nagy lymphocytáknak igen nagy fokú felszaporodását lehetett észlelni. Ilyenekkel vannak telve a hajszáledények; lymphocyta-csoportok részint körülírtan, részint diffus beszűrődés alakjában lepik el az agyat, veséket, májat, lépét, nyirokmirigyeket stb. s legtömegesebben ott, a hol a vérzések találtattak. A lymphocyták localis és folytonos szaporodása mellett szólnak az ilyen helyeken nagy számmal található magoszlási alakok.

A fehér vérsejtek ezen alakjának ilyen nagymérvű felszaporodása, határozottan fehérvérűség mellett szól, s a sejtek alakja s a festődési viszonyok, a sejtmagvak kinézése teljesen megfelel azon fehér vérsejt-alakoknak, a melyeket az összes szerzők egyértelműen az *acut lymph. leucaemiánál* tartanak jellemzőknek. A heveny fehérvérűség felvételét megerősítik különben utólagosan a clinikai tünetek is, a mennyiben a bántalom gyakran folyik le a hasi hagymáz kórképe alatt, sőt volt észlelő, a ki a bonczolásnál is a typhuséhoz hasonló leletet talált olyan esetekben, a hol a heveny fehérvérűség kórisméje már az előben meg volt állapítva. A lép, nyirokmirigyek bonczotani változásai nem állandók, nem is teljesen jellemzők mindig a bántalomra. ellenben fontos és diagnostikai szempontból igen értékesíthető a súlyos haemorrhagiás diathesis, a mely ebben az esetben is a nagyszámú súlyos kiterjedt vérzésekben nyilvánult.

5. GÓTH LAJOS dr. „Sajátságos bőrbántalom terhesnél“ czímen értekezik beteg-bemutatással kapcsolatosan.