

Jegyzőkönyvek

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

Elnök: PURJESZ ZSIGMOND tnr.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL dr.

IV. szakülés 1905 május hó 19.-én.

I. ELFER ALADÁR dr. bemutat 3 leukaemia esetet, a melyeket
RÖNTGEN-fénnyel kezelt.

Hozzászól: SZABÓ tnr. és PURJESZ tnr.

II. HEVESI IMRE dr. bemutatásai:

a) Cz. A. 5 éves fiúgyermek, kinél a *látó gümőkóros csont-
és izületbántalma esetében a BIER-féle vénás vérpangás alkalmazása*
járt föltűnően jó és gyors eredménnyel. A betegnél a múlt évben
körülírtabb gümőkóros megbetegedés miatt a sarokcsont szúvas
részének éles kanállal való eltávolítása végeztetett; a seb azonban
be sem gyógyult teljesen, ellenben a kórfolyamat f. évi februárius
17.-én történt újabb fölvételekor nagymérvű továbbterjedést mutatott.
Most az egész bokaizülettáj orsóalakúlag tetemesen meg volt duz-
zadva, két oldalt és hátul összesen három, bő, híg genyes váladéko-
szolgáltató sipolynyílással. Minden más kezelés mellőzésével napon-
ként nyolcz óra hosszat alkalmaztatott a lábszár mérsékelt, ruganyos
körűlszorítása BIER szerint. Már néhány nap múlva csökkent a
váladéktermelés, öt hét alatt pedig a sipolyok teljesen záródtak, a
duzzanat kisebbedett, az izület fájdalom nélkül szabadon mozgathat
tová vált. Április 24.-én gyógyultán hazabocsátatott. Bemutatáskor
az izület külső alakja alig mutat a rendestől eltérést, a gyógyult
beteg járása korlátozatlan és a hegcken kívül semmi sem mutatja
egy oly súlyos természetű bajnak lefolyását.

Bemutató megemlíti, hogy a tíz caries tuberculosa-, illetve
synovitis tuberculosa-eset közül, melyek az utolsó 5 hónapban a
sebészeti klinikán a BIER-féle módon kezeltettek, még több, köztük
igen kétségbeesett esetben is mutatkozott figyelemreméltó javulás.
Így egy 15 éves leánynál, kinél a külboka fölött mélyre terjedő,

sipolyos lágyrészes-, valószínűleg inhiively-tuberculosis, a bal kéztőn sipolyos caries, ugyanazon oldal könyökizületében pedig a savóshártyának, a kar és alkar izomzata közti kötszövetnek olymértvű taplós elfajulása, sajtos és genyes szétesése volt jelen a bőrnek több helyen való áttörésével, hogy resectio-ra sem lehetett vállalkozni: némi kaparás és kb. két hónapi BIER-féle kezelés után a bokatáji és kéztői bántalom gyógyultnak, a könyökizületi tumor albus pedig kifejezetten javúlnak látszik. A sebészeti klinika 8—10 év előtti kísérletei nem jártak eredménnyel, talán kitartás hiánya miatt; a most folyókból azonban azt lehetne következtetni, hogy therapiánk a BIER-féle vénás vérpangásban némely gümőkóros helyi bántalomra nézve csakugyan értékes segédeszközt nyert.

A hatás tényezőire nézve megemlíti, hogy valószínűleg a vénás vér szénsavának, vagy még inkább a szövetek „alexin“-ekben bővelkedő vérsavóval való elárasztásának bakteriumölő hatása érvényesül.

b) GASSER-dücz kiirtásával gyógyított trigeminus-neuralgia esete. F. S.-né 56 éves házino a múlt nyár óta szenvedett igen súlyos baloldali arczidegzsábjában, mely miatt már egy helyen három, másikon két hónapig, utóbb pedig az itteni belgyógyászati klinikán részesült eredménytelen kezelésben, miért PURJESZ tanár műtét végett a sebészeti klinikára útasította át. A beteg korához képest rendkívül elvényült és kifejezett tüdőgümőkórbán is szenved; a köpet bacillusvizsgálata positivus leletet adott. Szinte szakadatlanul meg-megújuló fájdalmai főleg a bal 2. és 3. arczidegág területén jelentkeztek, de az 1. ágra is kisugároztak. Rossz általános állapota miatt kockázatosnak látszott a GASSER-dücz kiirtásának elvállalása, mit azonban maga a beteg sürgetve kívánt. Bemutató a műtétet 1905 április 10.-én végezte morphium-chloroform bódításban a KOCHER által ajánlott CUSHING-féle módszer szerint. Bórból, izomból, esonhártyából és a járomivból álló lebeny lehajtása után a koponyát vésővel trepanálta és a nyilást LÜER-féle rágófogókkal tágitotta a crista infratemporalison át a foramen ovale közeléig. A műtéti modor lényege az, hogy jó hozzáférhetős és a sebgyógyulás zavartalanságának biztosítására a kivett koponyafal-részlet véglegesen eltávolíttatik és az art. mening. media lekötése elkerültek, mint azt újabban DOLLINGER is teszi. Feszés összenövések és meglehetősen esontvérzés némileg nehezítették a dücz eltávolítását, mely darabokban szedetett ki. Sebgyógyulás reactio nélkül, per primam intentionem történt, miután az agyalapig bevezetett gaze-esík másnap kihúzatott. Neuralgiás fájdalmai egy csapásra megszűntek, a beteg kedélye és étvágya javult, úgyszintén kinézése és erőbeli állapota is. A bal arczfél tapintásra érzéketlen. Bal pupilla jóval szűkebb. Kettős látása, látható strabismus nincs. Keratitis nem jelentkezett; könykiválasztás az operált oldalon nem szűnt meg teljesen, de csökkenését maga a beteg ész-

revette. Dr. BORBÉLY tagtárs kérdésére bemutató hozzáteszi, hogy a műtét közben a vérzés csillapítására a beteget ő is fölültette, mint azt DOLLINGER teszi, adrenalinat azonban már azért se használt, mert az csontból eredő vérzésnél annak érosszehúzó hatása úgy sem érvényesülhet, de meg a rendelkezésre álló oldat esetleg a sebgyógyulás chance-ait is veszélyeztethette volna.

III. UDRÁNSZKY LÁSZLÓ tanár bemutatja ABDERHALDEN EMIL dr. berlini egyetemi magántanárnak és REINBOLD BÉLA dr. kolozsvári egyetemi tanársegédnek: „*A napraforgómag edestinjének savhydrolysis és mesterséges emésztése pancreasnedvvel*“ című dolgozatát. (Lásd jelen Értesítő 1.—10. lapjain.)

IV. GYERGYAY ÁRPÁD dr. előadása: „Tápszerek betokolódásától előidézett csomók a hashártyán, peritonitis tuberculosa klinikai képével“ czímmel.

Hozzászólás: UDRÁNSZKY tanár kérdi, hogy az omentum lemezei között nem talált-e előadó idegen testeket, mert az omentum körül fogja az ilyeneket?

V. szakülés 1905 október hó 27.-én.

1. PURJESZ ZSIGMOND tanár elnöki megnyitója.

Tisztelt Szakosztály!

Szakosztályunk szervezeti viszonya annyiban tér el más hasonló célú egyesületekétől, hogy egy anyaegyesülettel, az E. M. E.-tel áll relatióban. Ez hozza magával azt, hogy csak elvétve nyílik arra alkalom, hogy úgy, mint más egyesületben, a mi magunk, vagy jobban mondva, a szakosztály viszonyait bizonyos általános szempontból magában a szakosztályban tegyük szóvá.

Az elnöki és titkári jelentések, melyek ilyen ügyekre ki szoktak terjedni, a választmány kebelében, illetve más szakosztályokkal együttesen tartott közgyűlésen folynak le és így már vegyes összetételüknél fogva sem alkalmasak minket közelebbről különlegesen érdeklő dolgok intim megbeszélésére.

Engedje meg a t. sz., hogy ettől a szokástól eltérőleg, mai első találkozásunk alkalmával, ha nem is valamely ünnepélyes megnyitó alakjában, de egy pár ószinte szóval üdvözöljem önöket és felvessem azt a kérdést, hogy valjon szükségesek-e ezek a mi szakosztályi összejöveteleink, és ha szükségesek, megfelelnek-e a czélunk, elérték-e azt az eredményt, melyet működésüktől vártunk és ha előáll működése módosításának bizonyos szüksége, miben áll ez?

A társadalom minden rétegét áthatotta már az a tudat, hogy egyesült erővel könnyebb bizonyos czélok elérése, mintha arra külön-külön még oly megfeszített erővel törekszünk is. Ennek a

közfelfogásnak következménye az, hogy mindenféle társúltni látjuk a rokon érzelműeket úgy anyagi, mint erkölcsi és szellemi eredmények kivívása céljából. Az anyagi eredmények kiküzdése szakosztályunktól távol áll, rendünk erkölcsi érdekeinek megóvása és ápolása egy másik társulatnak képezi feladatát, mi kizárólag orvosi rendünk tudományos, szellemi érdekeinek ápolásával törődhetünk és ki mondhatná, hogy ennek szüksége fenn nem forogna? Sőt bizvást mondhatjuk, hogy eme feladatunknak megfelelően, habár csak közvetve is, egyúttal nagyban mozdítjuk elő az előbb említett — tőlünk tulajdonkép távolabb eső — két czélt is.

Rég elmúlt az az idő, midőn egy ember, ha a gondviselés még a legjelesebb tehetségekkel ruházta is fel, birtokában lehetett mindamaz ismereteknek, melyek ép úgy képezték a szakember kiegészítő részét, mint a mint tartozik a harcban álló katonához a jó fegyverzet. Ismereteink oly terjedelmet értek el, hogy azoknak még részletenkint való művelése is, szinte elérhetetlen feladatot ró még a legtehetségesebbre is. Szakosztályunk hivatva van arra, hogy amaz élénk pezsgésnek, mely az orvosi tudomány egész vonalán észlelhető, hű tükrét képezze az által, hogy ide hordja fáradozásának gyümölcsét, egyaránt tudományunk elvont, ú. n. elméleti részének művelője, ép úgy, mint teszik ezt azok, kik e theoreticus vizsgálódás által elért eredményeket gyakorlati értékükre próbálják ki és nemkülönben azok, kik nehéz és felelősségterhes küzdelmek között, kiűn az életben igyekeznek a szenvedő emberiségnek hasznára lenni az által, hogy érdekében mozgósítanak mindent, mit a theoria nyújtott és a gyakorlati, a betegágnál megejtett vizsgálat jónak talált. Kölesönösen kell, hogy tanítsuk egymást és kölesönösen kell, hogy egymástól tanuljunk. Érdekesnél-érdekesebb, fontosnál-fontosabb kérdések váltják fel egymást és ha valaki közülünk csak egy ág művelését tűzte is ki kiválóan céljául, azért az érintkezést az egészszel meg nem szakíthatja, a mint nem lehet szervezetünk bármely részének a többitől elváltan, azoktól elkülönítve czélszerűen működni; a kölesönös hatás száz, meg száz fonala bármelyikének megszakítása, okvetlenül az egészen boszúlja meg magát.

Azt a magas ethikai positiót, melyet az orvosi rend mindenkor elfoglalt, csak úgy tarthatja meg, ha úgy összességében, mint egyenkint a tudományos haladással folyton lépést tart és ha általa az emberiség mindazokban az előnyökben részesül, melyeket a folyton szaporodó új vívmányok tényleg nyújtanak.

És valjon megfelelnek-e szaküléseink a vázolt czélnak? Azt hiszem, hogy nem kell a szerénytelenség vádjától tartanom, ha erre a kérdésre habozás nélkül igennel felelek. Ha végig tekintünk a múlt év alatt itt kifejtett tevékenységen, úgy tartózkodás nélkül mondhatjuk, hogy kevés oly kérdés merült fel tudományunkban, melyhez

szakülésünk egyik vagy másik alakban hozzá nem szólt volna. Nem is lehet ez máskép; hiszen a fővárostól eltekintve, hol a számarányok nagyobbak, alig van város, melynek orvosi rendje oly szellemi tőkét, párosítva oly anyagi segédeszközökkel, vinne működési körébe, mint szakosztályunk. És ha olykor mégis lasabban haladunk, mint ez sokaknak kívánatosnak tetszenék, úgy ezt nem csupán tagjaink nem túlnagy számának kell betudni, hanem részben ama böles mérésületnek is, mely indokolttá teszi, hogy a nagy orvosi közönség elé ne lépjünk olyan kérdésekkel, melyek ki nem forrtak, legalább olyan fokig, hogy a nagy közönség előtt való feltárásuk, ne tegye azt a benyomást, mintha szereplésünkkel, csupán az újság ingerével való kaczerködést, vagy bármilyen más mellékezt akar-nánk elérni.

Ha nem féltém t. sz. a szerénytelenség vádjától akkor, midőn szakosztályunk működésének előnyeire utaltam, úgy nem szabad haboznom akkor sem, midőn arról kell szólnom, a miben munkánkat siker nem koronázta és sajnálattal kell megvallanom, hogy szerény véleményem szerint, a nagy orvosi közönségben nem mindenkor tudtunk olyan érdeklődést kelteni, mint ezt óhajtottuk volna, mert nem elégedhetünk meg azzal, hogy tagjaink akár mint egyszerű érdeklődők, akár mint előadók csupán a helybeli kartársak közül kerüljenek ki. Arra kell törekednünk, hogy az a szakosztály, mely oly szellemi tőkét visz a harezba, mint a miénk, vonzó erővel bírjon, érdeklődést keltsen egy egész országrész orvosaiiban. Oda kell törekednünk, hogy mindenki, ki — ha szabad úgy kifejeznem magam — geografiaiilag érdeksphaeránkba esik — és tudományunk haladásával, új vívmányaival, az egész művelt világot oktató kérdéseivel meg akar ismerkedni, első sorban szaküléseinken találja meg azt, a mit keres és megelégedéssel hagyja el e helyet.

Lehet, hogy a balsiker szakosztályunk szervezeti viszonyaiban találja magyarázatát és számos más módosításon kívül, melyeket contemplantunk és tanulmányozunk, első sorban ezeket oly módon változtatjuk meg, hogy összejöveleteinket nem úgy, mint eddig, havonta egyszer, hanem minden hét szombatján tartjuk e helyen, úgy, hogy még ha külön meghívót nem is kapnának társaink — akár tagjai azok a szakosztálynak, akár csak érdeklődő vendégként óhajtanak üléseinken részt venni, mindenkor számíthatnak a szíves fogadtatására. Reméljük, hogy már ez által is módunkban lesz az eddiginél nagyobb arányokban nyújtani azt a szellemi. táplálékot, mely után mindannyian áhitozunk. Ezzel a reménnyel és azzal a kéréssel, hogy a szakosztály t. tagjai minél számosabban és mentől nagyobb odaadással és a szép ügy iránti lelkesedéssel segítsenek minket a kítűzött cél elérésében, van szerencsém szakosztályunk ez évi első ülését megnyitni.

2. KENYERES BALÁZS tanár előadása: „*Halálos szív sérülések néhány esetének ismertetése*“ czímen. (L. Értesítő 11.—28. lapjain.)

Hozzászólás. MAKARA tanár KENYERES tanár nagyérdekű előadása- és bemutatásához sebészi szempontból óhajt némely megjegyzést tenni. Klinikai észlelések is megerősítették azon kórbonecz-tani és törvényszéki tapasztalatokat, melyek szerint a szív sérülések nem föltétlenül halálosak.

Sokszor pedig a sérülés és a bekövetkező halál közt hosszabb idő telik el. Magának is volt alkalma klinikai tanársegéd korában észlelni egy 20 év körüli leányt, ki revolverrel mellbe lőtte magát és ez alkalommal szív sérülést szenvedett. A beteg a sérülés után annyira javult már, hogy egy hét múlva, az orvosi tilalom daczára, fölkelte, az ablakon kinézegetett, mire állapota hirtelen rosszabbodott. A fokozódó vérszegénység, tompulat a bal mellkas fölött és a súlyos nehéz légzés utaltak a belső elvérzésre. A halál kb. 24 óra múlva állt be. A boncolásnál a bal gyomrocs horzsolt lövését találták, mely később megrepedt s a szívburokba vérzés útján a szívmozgásokat megakasztotta. Ez az eset is bizonyítja, a mit KENYERES is kiemelt, hogy a szívburokba vérzés nem azonnal halálos, hanem a fölhalmozódó vér fokozatosan fojtja meg a szívmozgásokat.

A szívsebek gyógyulási és gyógyítási kilátásai annál jobbak, minél ferdebb és szűkebb a seb és minél vastagabb a sérült helyen a szív falzata. E szerint a műtéti gyógyításnak szinte csak a gyomrocsok sérülései hozzáférhetők.

Az irodalomban eddig is több szív sérülésről tudunk, melyeket műtét útján sikerült gyógyulásra vezetni. A műtét egyszerűen bordaresectióval, vagy a lágyrészek és bordák együttes lebonyolozásával kezdődik, azután a szabadon fekvő szívburkot kell megnyitni s a szív előttünk van. A varrásnál észlelték, hogy a tübeszűrésre a szív egy-egy pillanatra megáll, azután tovább lökődik. Az első varrat alkalmazása legnehezebb, ki kell lesni az alkalmas pillanatot a beszűrésre és a fonal esomózására.

3. MAKARA LAJOS tanár a) „*Áthatoló gyomor lövés*“ esetét mutatja be. R. E. 14 éves fiú okt. 9.-én játékpisztolyal véletlenül hasba lőtte magát. A baleset déltáján, $\frac{1}{2}$ 12-kor történt, utána állítólag véreset hányt. Vizsgálatkor, d. u. 4 óraker sem a hason észlelhető tünetek, sem a fiú általános állapota nem árulják el a súlyosabb természetű sérülést. A máj- és lép tompulat normális. A hasfalak, különösen a sérülés környékén, feszesebbek. Az érverés 70, telt. A középvonalban, a köldök fölött $2\frac{1}{2}$ cm.-nyire egy lenesényi, zúzott szélű, feketés, kerek lött seb van.

A látszólag megnyugtató tünetek daczára a beteget azonnal a műtéthez előkészítjük. Előbb helyi érzéstelenítés után 3 cm. hosszú seben át követjük a lőcsatornát. Miután így a sérülés áthatoló vol-

táról meggyőződünk, narcosisban (WITZEL-féle aether-chloroform bódítás) megnyitottuk a fönti seb tágitásával a hasat.

A mesocolon transversumban mérsékelt véres beivódás látható. Az előhúzott gyomor elülső falán egy lenesényi, a hasfali sebhez hasonló sérülés van. A gyomorsebet egy áthatoló és négy sero-muscularis LEMBERT-varrattal egyesítettük. Most a mesocolon transversumon nyilást készítve, ezen át pontosan megvizsgáljuk a gyomor hátsó falát. Itt is megtaláljuk a leírt lőtt sebekhez hasonló kerek sebet, melyet szintén bevarrunk. Pontos hasfalvarrattal a hasat teljesen elzártuk. A lefolyás teljesen zavartalan.

Az eset az irányban tanulságos, hogy a kettős gyomorseb daczára a fiú általános állapota teljesen megnyugtató volt, mégis — tekintettel a sérülést követő véres hányásra — indokolt volt azonnal műtét útján meggyőződést szerezni a sérülés természetéről. Míután pedig a lövés a hasba hatolónak mutatkozott, a hasat kellett megnyitni és a lőtt sebeket bevarni.

Habár tudjuk, hogy a kis terjedelmű gyomorsebek némelyike kedvező körülmények közt beavatkozás nélkül is meggyógyulhat, de viszont tudjuk, hogy az esetek nagyjából sebészi beavatkozás nélkül elpusztul. Egyszer közvetlen a sebzéshez társul a hashártyagyulladás, másszor az eset egy ideig kedvezően gyógyul, de azután föllépnek az intraabdominalis genyedés tünetei és következményei.

Manap tehát teendők világosan elő van írva. Alkalmas körülmények közt, — a mi a polgári gyakorlatban többnyire előteremthető — a gyomorbélhuzam sérülésének gyanúja esetén ne veszítsünk egy órát sem, hanem azonnal avatkozunk be. A gyógyulás esélye, az órák múlva kifejlődő lobosodás esetén, hirtelen fokról-fokra rosszabbodik.

Tanulságos esetünkben az is, hogy lőtt vagy szúrt sebeknél biztosan meg kell győződnünk a sérülés egyszeres vagy többszörös voltáról. Gyomorlövéseknél mindenkor gondosan meg kell vizsgálnunk a hátsó falat is, bélsérüléseknél a szóbajöhető bélrészleteket, nehogy egy sérülés is elkerülje figyelmünket s ez által egész működésünk hiábavaló legyen.

b) Bemutat egy KOCHER szerint módosított KADER-féle *gastrostomia*-esetet, hogy e műtétmód kifogástalan eredményét bizonyítsa.

A beteg T. J. 50 éves férfi, kinél 3 hónappal a belklinikára jövele előtt, júniusban nehéz nyelés lépett föl. Étkezés után a híg tápanyagokat is rövid idő múlva kihányta, érezte, hogy az étel a gyomor fölött megakad. Szept. 6.-tól, a mikor a belklinikára jött, szept. 25.-ig 45 kg.-ról 41 kg.-ra soványodott, legyengült, úgy, hogy járni sem volt képes. Állandóan éhes, szomjas. A gyomorsonda a fogsortól 43 cm.-nyire megakad. Bárzsingrák diagnosissal hozzánk tették át a beteget.

Szept. 25.-én, tekintettel a beteg nagyfokú gyengeségére, helyi érzéketlenítés mellett végezte a gyomorszájképlést és azonnal megkezdtek a beteget a nyíláson át táplálni.

A műtét napján d. u. nagyfokú gyengeség miatt camphort és hypodermoclystist (400 cem.) kellett adni. Azontúl a lefolyás zavartalan, fokozatosan több és több folyékony tápszert fogyaszt (tej, tojás, cukor, só, hygiama, húslé). A vizelet-mennyiség 200-ról 600-ra emelkedik. A testsúly okt. 12.-ig változatlan.

Azóta a táplálkozás és erőállapot szemmel láthatólag javul. A testsúly 2 kg.-mal gyarapodott, a vizelet 1100 cem.-re emelkedett, jól jár s állapotával meg van elégedve.

A bázisgrákkal szemben sebészi tudásunk ma teljességgel elégtelen arra, hogy radikális eredmények megkísértésére vállalkozzunk. Ellenben igenis módunkban van a betegség lefolyását gyorsító és a betegre legkínzóbb éhezést megszüntetni.

A gyomorszájképlés technikája oda fejlődött, hogy a műtétet csekély veszélyűnek mondhatjuk és az újabb módszerek megszüntették nagy részben a gastrostomiával azelőtt járt kellemetlenségeket. Ezek közé tartozott a rosszul záró nyílásoknál tapasztalt gyomorredv és tápanyag kifolyása a következményes bőrlobosodásokkal.

Ezen újabb módszerek közt részről egészen megbízhatónak tapasztaltam a KADER-féle sipolyképzés módszerét HACKER és KOCHER módosításával. A KADER-féle módszer lényege a WITZEL-féle ferde sipolylyal szemben az egyenes csatorna képezés, miáltal kisebb gyomorrészlettel beérhetjük az előhúzásnál. A HACKER-féle módosítás a rectus abdominis elzáró fölhasználására vonatkozik. KOCHER pedig a két oldali redőbe varrás helyett, dohányzacskós varrattal szorítja a nyílásba az alkalmazott gummicsovét, miáltal az elzárás pontosabb és megbízhatóbb.

Három esetben volt alkalma e módszert kipróbálni, mindannyinál azonnal a műtét után megkezdte a gyomorba fecskendezést, drainaget egyiknél sem alkalmazott a hassebbe. Mindhárom eset complicatio nélkül gyógyult, a sipoly mindegyiknél jól zárt.

A gastrostomia nemesak azáltal hosszabbítja meg a beteg életét, hogy az éhenhalástól megmenti, de magára a carcinomás fekélyre is jó hatással van. Megszűnik a folytonos nyelési kísérletekkel járó insultus, megszűnik a szűkület fölötti tágulatban pangó ételek bomlásából származó kártékony inger, úgy, hogy a carcinoma továbbfejlődése lassabban történik. Idején foganatosított műtét mellett a beteg még hónapokig munkaképes is lehet.

c) Bemutat egy baloldali *lapoczkadaganat* esetet. A beteg 22 éves, erőteljes, bányamunkával foglalkozó asszony, Z. I.-né. Daganata egy év óta fejlődik. A porczkemény daganat a bal lapoczka külső széléből a hónalj-árokba, hátra a tövis alatti árokba terjed. — A

gyermekfejnyi daganat ezen elhelyezkedése folytán a kar kissé abdukált. A kar mozgásai a váll ízületben korlátozottak. A vállizomzat megfogyott.

A daganat emlékeztet a bemutató által 1894-ben az orvos-egyesületben Budapesten bemutatott 7 kg. súlyú osteochondroma scapulae esetre, melyet fényképben ezúttal is bemutat. Azon esetet, melynél a scapula resectiójával történt a daganat eltávolítása, két év múlva inoperabilis recidivával látta, a mi csak bizonyítja más klinikusok tapasztalatait a lapoczka daganatok rossz indulatossága felől. Mindenkor tehát csakis a radikális műtéteknek, az egész lapoczka, esetleg a lapoczka és a végtag együttes eltávolításának van kilátása végleges sikerre.

4. GÁMÁN BÉLA dr. „*Pharyngomykosis*“ esetet mutat be. A nyelvtonsilla és torokmandulák lacunáiban számos, sárgás-fehéres dugasz, melyek görcsö alatt főleg leptothrix fonalakból és detritusból állanak. A betegnek semmi subjektív panasza nincsen, baját 5 hét előtt fedezte fel véletlenül; erős dohányos. Bemutató felemlíti, hogy míg a baj sokáig tisztán mykosisnak tartott, addig újabban többen, különösen STEBENMANN és legújabban ÓNODI és ENTZ a gomba jelenlétét csak esetlegesnek, a bajjal aetiologiai összefüggésben nem állónak tekintik, hanem a betegség lényegét az epithel megvastagodásában és elszarusodásában látják, miért is inkább a keratosis v. hyperkeratosis faucium elnevezést ajánlják. Bemutató a baj ártalmatlan voltára való tekintettel, minden drasticus therapiának ellene van.

5. CSIKY MIHÁLY dr. „*Spirochaeta pallida* leletek luesnél“ czímen értekezik és görcsői készítményeket mutat be.

Alig fél éve, hogy Berlinben SCHANDINN és HOFFMANN, a zoologus a dermatologussal karöltve a syphilis (Σ) kórokozójának kutatásához fogtak. Rövid pár heti vizsgálat után primár és secundár Σ -es productumokban és pedig sclerosis és papulák kaparékaiban s a belőlük kinyomott szövetnedvben, valamint Σ -es lágyék mirigyekből aspirált nyirokban állandóan egy finom, halványan festődő spirochaetát találtak, melyet ők spirochaeta pallidának neveztek el. Felfedezésükről a berlini orvos-egyesületben számoltak be, a hol tartózkodó álláspontot foglalva el, csak annyit jelentettek ki, hogy ők ezen protozoont minden általuk vizsgált Σ esetben megtalálták, míg hasonló módon vizsgált egyéb kóros váladékokban, például carcinomák, sarcomák nedvében, balanitis, ulcus mollék genyijében kimutatni nem sikerült. Leírásuk szerint a spirochaeta pallida igen finom, nehezen festődő, csak erősebb nagyítással látható 4—14 μ hosszú képlet, mely meredek lefutású csavarulatáival, a mely csavarulatok száma 6—14 között váltakozik, leginkább a dugóhuzó alakjához hasonlít. Két vége finoman kihégyezett s függő

epebben vizsgálva furó, hajlongó mozgásokat végez. Egyéb spirillumoktól és spirochaeta fajoktól, valamint az ugyancsak általuk leírt spirochaeta refringenstől, a melylyel legtöbbször együtt találták, vékonyabb, finomabb volta, meredek hullámvonalai s halvány festődése által különíthető el. SCHAUDINN és HOFFMANN leleteit azóta különösen német és francia részről számos bűvár erősítette meg. METSCHNIKOFF és Roux megtalálták Σ -el oltott majmokban a lueses nyilvánulások nedvében 6 eset közül 4 esetben, s ennek alapján határozottan állítják kórokozó voltát. Sőt METSCHNIKOFF a Σ semmit sem jelentő neve helyett a „spirillose chronique“ nevet ajánlja, mely a spirochaeta pallida által idéztetik elő.

Más kutatók újszülött Σ -es csecsemők vérében, nyirokmirigyekben, ismét mások a lépben, májban, mellékvesében találták meg a spirochaetákat. A vérben eddig még csak SCHAUDINN, RECKZEH és RAUBITSCHER mutatták ki.

Ily módon rövid idő alatt a spirochaetáknak egész irodalma keletkezett, melyben a szerzők egy része lelkesedéssel foglal állást a spirochaeta pallida kórokozó volta mellett.

SCHAUDINN és HOFFMANN leleteit három szerzőn kívül eddig mindenki megerősítette. E három közül legerősebb ellenfél THESING zoologus, a ki már többszörösen nyilatkozott e kérdésben. Ő első sorban nem protozoonnak, hanem egyszerű bakteriumoknak tartja a spirochaetákat, a pallidát pedig közönséges saprophytonnak, a mely például egészséges ember szegmájában is könnyűszerrel kimutatható.

KIOLEMEOGLU és CUBE balanitis, kankós, bartholinitis scrophulodermás tályog gonyjében, eves rák, papillomák nedvében állítólag a pallidához mindenben hasonló spirochaetákat találtak. Mintegy ezen ellenvetésekre felelnek újabban SOBERNHEIM és TOMASCEWSKI, akik nagy anyagon végzett vizsgálataikkal SCHAUDINN és HOFFMANN tapasztalatait erősítik meg. 50 primär és secundär Σ esetet vizsgáltak át és ezek mindenkében megtalálták a spirochaeta pallidát. Még 28 egyéb megbetegedés közül, melyek között ulcus molle, papilloma, balanitis, carcinoma, fibroma, sarcoma, tonsillitis, bubó, psoriasis szerepeltek, daczára az ép oly szorgos keresésnek, egy esetben sem sikerült kimutatniok.

Nem találták meg 8 tertiär Σ esetben sem. Késői Σ -nél különben eddig még egy kutató sem tudta kimutatni a spirochaetákat és ennek magyarázatát abban látják, hogy a legtöbb szerző szerint nem, vagy csak alig fertőző késői Σ a fertőzés agenseit nem igen tartalmazhatja. Ők is találtak sok esetben a pallidához hasonló spirochaeta fajokat, azonban a spirochaeta pallida alakját, festődését, mozgásait annyira jellegzetesnek tartják, hogy ezeknek alapján minden egyéb spirochaetától biztosan meg tudják különböztetni.

Ismételten nyilatkozik a kérdésről a Deutsche med. Wochenschrift utolsó (42) számában SCHAUDINN maga is, s újabb tapasztalatait közölve, reámutat a pallida és a hozzá hasonló spirochaeták közötti különbségekre. A spirochaeta pallidát finomsága — alig fél olyan vastag, mint a többi spirochaeta — hossza s különösen meredek, sűrű, egyenlő hullámvonalai, a melyeknek száma 10—26 jóval több, mint azt más spirochaetáknál látható, a GIEMSA-festés által adott jellemző halvány-pirosas színe, kinyújtott és kihegyesedő, csillókkal ellátott végei minden egyéb eddig ismert spirochaetától megkülönböztetik. Legjellemzőbb különbségnek azonban azt tartja, hogy függő cseppben vizsgálva a többi spirochaeta fajok, ha nem mozognak, mindig kinyúlva, többé-kevésbé hajlott vonal alakjában találhatók, míg a spirochaeta pallida csavaralakját nyugalmi állapotában is mindig megtartja. Épen a feltűnő különbségek alapján a pallidát nem is tartja valódi, szigorúan vett spirochaetának, hanem csak a spirochaeták családfája egyik szélső tagjának s elnevezésére is új nevet, a VUILLEMINN által ajánlott „spironema“ nevet ajánlja.

Ilyen körülmények között természetesnek látszik, hogy mi is siettünk azok sorába lépni, a kik a nagyfontosságú kérdésben SCHAUDINN és HOFFMANN lelteinek helyességéről ellenőrző vizsgálatok által meggyőződni törekedtek. És ha a tudatában is vagyunk annak, hogy vizsgálataink már csak az esetek és ellenőrző vizsgálatok kis száma miatt is egyelőre csak a kezdeti stadiumban vannak, még sem tartjuk feleslegesnek azokkal már most a nyilvánosság elé lépni, annál is inkább, mert eddigi eredményeink a SCHAUDINN és HOFFMANN adatainak helyességét látszanak bizonyítani.

A vizsgálatokat a bőrgyógyászati klinikán e hó elején kezdtük meg. Eddig 7 biztos Σ esetet vizsgáltunk át és mindenikben sikerült kimutatnunk a spirochaeta pallidát, az esetek közül egy sclerosis, 3 hámfosztott genitális papula és 3 korai papulás exanthema volt, ez utóbbi esetben a karról és nyakról vett száraz, azaz hámmal fedett papulák. Ezek mellett még két esetet vizsgáltunk, egy phimosis véres genyjét és egy ulcus mollet, a melyekben nem találtuk meg a sp. pallidát.

A phimosist kivéve, mindenik esetben az elváltozások egy darabját excindáltuk s abból kisajtott nedvet minél vékonyabb rétegben fedőlemezen kentük el. Festésre többféle eljárást ajánlanak, majdnem minden szerző másikat. Mindenik arra törekszik, hogy a minél erősebb festéssel könnyen szemlélhetővé tegye a különben rosszul festődő spirochaeta pallidát. SCHAUDINN és HOFFMANN a GIEMSA-féle oldatot használják, mások a carbol fuchsin, gentianaviola, carbolgentianaviola oldatait, a legkülönbözőbb variációban és tartással. Mi az ajánlott eljárások jó részét végig próbáltuk s eddig legegyszerűbb és legdistinctebbnak a GIEMSA-féle azurensin festést találtuk.

A levegőn megszárított készítményt kb. $\frac{1}{4}$ óráig abs. alkoholban fixáljuk s azután 1—2 órára hígított GIEMSA oldatba tesszük, a melyet mindig frissen készítve úgy állítunk elő, hogy destillált vízhez annyi csepp GRÜBLER-féle GIEMSA oldatot adunk, a hány cm^3 festéket akarunk készíteni. A festés tartama alatt az oldatot 2—3 ízben megújítom. Destillált vízzel való leöblítés és leszárítás után a készítmény vizsgálható.

Ezen festéssel a *sp. pallida* a piros vértestekhez hasonló jellemző halvány rózsaszínű árnyalattal festődik. Már 7—800-szoros nagyítással meglátható s élénken megkülönböztethető a bacteriumok s egyéb képletek sötétebb, ibolya-vörös, vagy kék színétől. A spirochaetákat készítményeink egy részében elég nagy számmal találtuk, másokban még ha ugyanazon vizsgálati anyagból készültek is, gyakran csak órákig tartó keresés után sikerül egyet-kettőt felfedezni. Lehet, hogy ez, a mint mások is hiszik, a spirochaetáknak a kóros szövetekben való egyenlőtlen elosztódásától függ. Nativ készítményeink vizsgálata még eddig kellő eredményre nem vezetett. Függő cseppben ugyanis még csak egy esetben sikerült megtalálnunk a *sp. pallidát*. SOBERNHEIM-ék állítása szerint ily módon könnyebb volna megtalálni őket, hogy nekünk eddig nehezebben sikerült, azt talán még a kellő gyakorlat hiányának tudhatjuk be. Vizsgálatainkról csak előzetesen akartunk ennyiben beszámolni a t. szakülésnek. Azokból conclusiókat még nem vonhatunk, folytatásukat azonban mindenesetre érdemesnek tartjuk.

A spirochaeta pallida, vagy új nevével élve a „spironema” úgy látszik, több reményre jogosít, mint az utolsó negyedszázad alatt ismertett kb. 25-féle Σ bacterium, kezdve a LUSTGARTEN Σ bacillusától a cytorryctes Luis SIEGEL-ig.

VI. szakülés 1905 november 4.-én.

1. KANITZ HENRIK dr. bemutatásai:

a) *Pemphygus foliaceus*,

b) *Dermatitis herpetiformis* (Dühning) esete.

2. FABINYI RUDOLF dr. *hemiplegia saturnina* esetet mutat be.

A 19 éves kályhássegéd 10 héttel ezelőtt az utcán hirtelen összeesett és a leírás szerint típusos apoplexiás rohamot kapott. Azóta jobb végtagjai hűdöttek. Az első napokban beszédzavar is volt nála. Azeelőtt állítólag beteg sohasem volt. Mesterségénél fogva évek óta sokat dolgozott ólomtartalmú agyagmázzal. Nem iszákos, syphilis nem volt, apja, anyja, 6 testvére egészségesek.

Jelen állapot: Jól fejlett arányos testalkatú fiatal ember, pupillái jól reagálnak, szemmozgásai normálisak. Jobboldalon facialis paresis, mely bár csekélyebb mérvben ráterjed a homlokágra is, jobb vég-

tagok hűdöttek, némileg contrahálva, izomzat fokozott tonusban, kéz-újjak volaris flexióban. Karját active csak a vállizomzat segítségbevételével képes alig 45°-ra fölemelni.

Járás hűdöses, a jobb lábát maga után húzza. Passiv mozgátsátnál fokozott ellenállás. Úgy a felületes, mint a mély reflexek fokozottak, nemcsak a hűdött jobb oldalon, hanem az ép balon is, utóbbin azonban csekélyebb mérvű. A hűdött végtagok izomzatában olykor-olykor fibrillaris rángások is lépnek föl. Az érzékenység intact, úgyszintén izom-, ízület- és helyézés is. A vibratio-ézés sem mutat csökkenést, a jobb czombizomzat fölött még kissé élesebbnek mutatkozik, mint a balon. A hűdött izomzat kifejezett elfajulási reactiót mutat, az elfajulási reactio distal-felé mind erősbödik.

ROMBERG-tünet jelen van. Beszédzavar már nem constatálható. Fájdalmai sehol sincsenek. A beteg lelki állapota, kivéve deprimált hangulatát, egészen normálisnak mondható.

Legvalószínűbbnek látszik annak a fölvétele, hogy ólommérgezés folytán arteriitis jött létre az agyedényekben, a mi aztán cum rhexi apoplexiára vezetett. Hogy csakugyan az ólom szerepel mint kórok, a mellett a foghúson jelenlevő ólom szegély és a látótér vizsgálata szólnak. A látótér ugyanis temporalis oldalon erős szűkületet mutat.

Ebben az esetben az ólommérgezésnek nem rendes kórképével (periferiás neuritis) találkozunk, hanem egy ritkábban előforduló esettel, melyet az *encephalopathia saturnina* gyűjtő neve alá szoktak sorolni.

Therapia: Az ólommal való foglalkozástól elvonandó, belsőleg jódkali, külsőleg a végtagok galvanisálása. E therapiára 3 hét alatt is szépen javúlt.

Hozzászól: ELFER ALADÁR dr.

3. DEMETER GYÖRGY dr. bemutatása. Az öngyilkossági mérgezések között leggyakrabban a sav- és lúggal való mérgezések főként a kénsav és a kalium-, natrium lúg-mérgezések fordulnak elő. Az öngyilkossági mérgezések nagy számát egyrészt a szereknek általános alkalmazása és más felől az magyarázza, hogy ezeknek intenzív mérgező hatása általánosan ismeretes.

Csodálatos, hogy a sósav bár az iparban kiterjedten alkalmaztatik, az öngyilkossági statisztikában alig szerepel. BÖHM 1876-ig az egész orvosi irodalomban csak 16 esetet tudott felkutatni. LEWIN, a ki a gyűjtést folytatta, 1885-ig a BÖHM eseteihez csak 12 esetet tudott hozzáiktatni. Franciaországban 12 év alatt előfordult 617 mérgezés között csak egy sósav-mérgezés akadt, Londonban 16 év alatt csak 3 és Berlinben 114 sav-mérgezés között csak 8 sósav-mérgezés fordult elő.

Arra, hogy nálunk milyenek e tekintetben a viszonyok, az idő

rövidsége folytán pontos adatokat összegyűjteni nem tudtam, azonban a törvényszéki orvostani intézetben a bonczjegyzőkönyvek tanúsága szerint bonczolásra még eddig ily mérgezett nem került.

A sósav-mérgezések ritkaságában kell annak okát keresni, hogy a bonczleletre nézve oly eltérőek az észleletek, és kórboncztani képe e mérgezésnek még ma sem egészen tisztázott, pedig e mérgezés biztos jeleinek a megállapítása már azért is szükséges volna, mivel a gyomor szabad sósavának a jelenléte igen megnehezíti a vegyi vizsgálat útján való bizonyítást.

Ezen körülmény indított engem arra, hogy a t. szakülésnek egy kétségtelen *sósav-mérgezést* röviden bemutassak.

A sósav-mérgezés úgy az élőn észlelhető klinikai tünetek, valamint a holt-testben található boncztani elváltozások tekintetében a kénsav-mérgezéshez lényegileg hasonló, sőt nem is vagyunk képesek azok alapján a kettőt egymástól megkülönböztetni. LESSER elkülönítő diagnostikai jele, t. i., hogy a sósav még erős tömörség mellett sem edzi a bőrt, az újabb észleletek szerint nem minden esetben áll.

Esetünkönél könnyű a kórisme megállapítása, mivel a bevett savból kb. 500 gr. kezeinkhez jutott, egy sárga színű, szűros szagú, füstölgő folyadék, a mely a vegyi vizsgálatnál sósavnak bizonyult; nyomokban kénsav és vas is van benne. Savtartalma 31.7%.

Esetünk egy 58 éves férfira vonatkozik, a ki f. év október 31.-én este 5—6 óra között, vacsora közben itta meg a mérget. A sav lenyelése után pár pillanatra, nagyfokú gyomorfájdalmakról panaszkodva, földre esett; a kihívott mentők ily helyzetben találták. A belgyógyászati klinikára szállították be, a hol este 9 órakor, tehát a mérge bevétele után kb. 3 óra múlva, meghalt.

A rendőri bonczolást nov. hó 4.-én délelőtt végeztük. Ennél főként a nyelőcsőn és a gyomron találtunk szembetűnő elváltozásokat.

A gége-bemenet, a gége-fedő vizenyősen duzzadt. A bárzsing felsőrészén a nyákhártya fellazult, csafatokban levonható, a hörgőkkel való kereszteződésétől kezdve palaszürke színű a nyákhártya, hosszanti redőkbe szedett felülete érdes, cserzett. A gyomor fala megvastagodott, a nyákhártya részben palaszürke, részben egészen fekete színű. Felülete egyenetlen, dudoros, helyenként főként a gyomorcuk tájon tömött, redőkbe szedett, cserzett. A visszerek teltek, sötét besűrűsödött vért tartalmaznak. A nyombél kezdetén közép-fokú belőveltség.

A többi szervek, kivéve a veséket, melyeken kisfokú zavaros duzzadás volt, eltérést nem mutattak.

Hozzászól UDRÁNSZKY tanár. A sósav és kénsav pörkje között lehet különbséget tenni, mert a tömör sósav pörkje fehéres-szürke, ellenben a kénsavé barnás-fekete,

4. VERESS ELEMÉR magántanár: „*A lateralis és medialis egyes-nes szemizmok érzékenységről*“ tart előadást (I. jelen Értesítő 38—41. lapjain).

5. LUKÁCS HUGÓ dr. előadása: a) „*A test hőmérsékének változásai dementia praecox eseteiben*“. Az elmebetegek testhőmérsékére vonatkozó irodalomból sok vitás kérdés mellett két tény tekinthető megállapítottnak. Az egyik, hogy az elmebetegek hőmérséke nagyobb ingadozást mutat külső ingerekre, mint a normalis emberé. A másik, hogy a hőmérsék ingadozása beáll gyakran minden észlelhető külső inger nélkül is. Ezen körülmények vizsgálata dementia praecoxnál a következő eredményt mutatta: A test hőmérséke állandóan eltért a normalistól. Az esetek nagy többségében hypothermia állott fenn, melyre jellemző, hogy a napi ingadozás 3 tized fokot meg nem halad, gyakran 0. A betegek subjective nem vesznek e hőmérsék-változásról tudomást, a pulsus és légzés száma nem változott.

Hyperthermiát csak 2 esetben észlelt 30 eset közül. Az egyik, kinél a hőemelkedés 2 hónapig tartott, ez alatt testsúlyban is növekedett. A hőmérsékváltozás befolyása a psychicus viselkedésre két-séges. Oka lehet a corticalis centrum izgalma, másrészt autointoxi-cációs folyamatokban is kereshető.

b) A dementia kórbonecztanához, két eset központi idegrend-szerét dolgozta fel. Klinikailag typosos képét mutatta a jelzett betegségnek, a cortexben elszórtan miliaris gliosis, perivascularis gliosis, a véredények sejtes beszűrődése, apró capillaris vérzések. A pia helyenként beszűrődött, idegsejtek, velőrostok épek. A másod-ik eset acut, complicálva graviditással. Mikroscoopiiai vizsgálat ered-ménye negatív.

VII. szakülés 1905 november 11.-én.

1. GRÓSZ PÁL dr. bemutatása: *Bartholini-mirigyből kiindult carcinoma esete*. 2 hónap óta fönnálló daganat, mely a jobboldali nagy ajak alsó harmadát foglalja el és mélyen benyúlik a hüvelybe. A daganat kihámozása végbél-resectióval. Szövetteni vizsgálat egy igen sejtű atypicus polymorph-sejtű carcinomát mutat. A rák-fészkek periferiáján levő sejtek cilindrikusak, közepe felé inkább laphám-typust mutatnak. Ugyanilyen typosúak a rákfészkek a sphinc-terben és a végbél falában a musculárisig terjedőleg. Vulva-hámja mindenütt ép. Kiindulási hely valószínűleg a kivezető cső átmeneti hámja. Inguinalis mirigyek nem mutattak eltérést. 6 hét múlva az ellenkező oldalon a varrat végén galambtojásnyi recidiva.

2. KOLOSVÁRI SÁNDOR dr. *Végbél-carcinomában szenvedő beteget* mutat be, a mely esetnek érdekességet az a körülmény kölcsönöz, hogy aránylag fiatal egyénnél fordul elő.

3. KANITZ HENRIK dr. RÖNTGEN-sugarakkal kezelt bőrrákeseteket mutat be. Az egyik eset egy 76 éves nőre vonatkozik, kinek baja 3 év óta áll fenn. Fölvételkor az orr balszárnyán volt egy forintosnál nagyobb, egyenetlen, lepedékes alapú, meredek, infiltrált szélű fekély, mely az ulcus rodens kórisméjét illetőleg kétséget nem ébresztett. A diagnosist különben a szövettani vizsgálat is megerősítette. A beteg 2½ hónap alatt 4 kezelésben részesült, minden kezelés középlágy cső, 2½ Ampère áramerősség, 110 Volt, 15 cm. csőtávval mellett 25 perczig tartott. Jelenleg a fekély helyét egy rózsaszínű finom heg jelzi, mely csak az által különbözik az ép bőrtől, hogy kissé annak niveauja alá süppedt. A másik esetben egy 64 éves férfinál egy nagy kiterjedésű, kifekélyesedett ulcus rodens állott fenn, mely az orr porczos részét részben elpusztította és az orrnak felső részét, a felső ajkat, valamint az arcnak szomszédos részeit foglalta el, egészben véve utánozva azt a pillangóalakot, melyben a lupus erythematodes szokott igen gyakran fölléni. Kezelés fönti módon történt. Eleinte a javulás rohamos volt, a kifekélyesedett terület alapja feltisztult, a meredek szélek gyorsan lelapultak, a rákos infiltratio mindenütt fokozatosan csökkent és a szélek felől megindult a hámosodás, úgy, hogy jelenleg az eredetileg kb. gyermektenyérszerű rákos fekély egy tallérszerű, teljesen sima szélű, tiszta alapú, felületes anyaghiánnyá redukálódott, melynek sem az alapján, sem széleiben rákos szövet többé nem mutatható ki. A fekély tehát jelen állapotában egy tiszta, de nehezen granuláló sebfelületet képvisel. A hámosodás lassú előhaladását bemutató abból magyarázza, hogy a RÖNTGEN-fény, miközben a rákos szövetet elpusztítja és a fekély behámosodását eredményezi, magában az újonnan képződő bőrben, nevezetesen annak véredényein okoz valószínűleg oly elváltozásokat, melyek a bőrnek táplálkozási viszonyait kedvezőtlenül befolyásolják. Ez a lehetőség különösen ott forog fenn, a hol mint fönti esetben is, a folyamat nagy kiterjedése és súlyossága intenzív és gyakori kezelést igényel. A betegnél még fönnálló anyaghiány teljes föltisztulása után valószínűleg plastika útján fog pótolhatni. Az eredmény az eredeti állapothoz képest így is szembeötlő és a RÖNTGEN-sugarak kiváló therapiiai értékét bizonyítja.

Azonkívül bemutat néhány, a klinikáról már régebben távozott, bőrrákban szenvedő és RÖNTGEN-fénnyel kezelt betegről készített fényképet. Az egyik esetben egy diónyi exulcerált felületű epithelioma a felső ajak bőrében, a másik esetben egy koronánszerű ulcus rodens az orrháton, a harmadikban pedig egy kb. gyermekökölnyi kifekélyesedett rákdaganat, mely a jobb szem külső zuga körüli területet foglalta el és a szem kötőhártyájára való ráterjedés folytán műtéti beavatkozásra nem volt alkalmas, képezte a radiotherapia tárgyát. Mindhárom eset teljesen és szép kosmetikai eredménnyel gyógyult.

4. VERESS FERENCZ dr. a bőrkórtani klinikáról három beteget mutat be.

a) *Eccema chronicum palmarc.* 38 éves kocsis mindkét tenyerén 5 év óta bőrelváltozások vannak, melyek rendes munkája végzésében zavarják. Mindkét tenyerén s az ujjak hajlító oldalán szeszélyes alakú és elrendezésű szarúfelrakódások láthatók, melyeken belül itt-ott normalis, másutt vékony, rózsaszínű bőrt látunk. Hegesedésnek nyoma sincs, a kezek háti felületére nem terjed át. Bemutató az *eccema chronicum* (tyloticum) diagnosisát a psoriasis, keratoderma arsenicalis, keratoma palmare hereditarium és syphilis palmaris cornea kizárása után állítja fel, mely utóbbitól főként kétoldali föllépése, hegek és infiltrált serpiginosus szél teljes hiánya különbözteti meg.

b) *A bőr feltünő idiosynkrasiája higanynyal szemben.* 24 éves férjes iparosnő ezelőtt egy héttel egészen jelentéktelen, kezdődő orr-eccemával jött a klinikára, a hol kiderült, hogy az a meglevő pediculosis capitis-sel függ össze. Lanolinkrémet kapott. Azonban nem várva be a gyógyulást, egy gyógyszertárból *téglairt*, vagyis ungu. ophthalmicumot vett, a mely névvel az 1%-os Hydrarg. oxyd. flav.-ot illetik. E gyöngö higanykenőcs néhányszori alkalmazása más napra erős bőrgyuladást okozott, mely a negyedik napra heveny, nedvező eccemává fejlődött ki. Az orr, száj, áll, nyak, mindkét arcfél alsó részének bőre erősen duzzadt, sötétpiros, nedvező s egyes helyeken vastag savós-genyés váladékkal fűdött. Bemutató a higany-kenőcsre beállott nagyfokú reactió okát egyfelől idiosynkrasiában találja, másfelől úgy magyarázza, hogy a pediculosis capitis az arczbőrt minden káros behatás iránt érzékenyebbé teszi s reactió-képességét fokozza.

c) *Syphilis tertiaria nodosa faciei.* 30 éves oláh napszámosnő azzal a panaszszal kereste föl a klinikát, hogy arczán s legutóbb orrán 5 év óta kiütések keletkeznek, melyek időnként elmúlnak, de arcza más helyén újból kiütnek. Jelenleg orrán három hónapja állanak fönn. Lueticus infectiót tagad. A beteg orra egészben vörös és megvastagodott s rajta számos kendermagnyi, borsónyi, kiemelkedő, lágyan rugalmas tapintatú, sonkaszínű sima tetejű göb ül, melyek az orr körüli bőrrészekre, két pofátágra s homlokra is kiterjednek. Egyik-másik göb teteje sárgás, másokat beszáradt genyes váladék fűd, de legnagyobbbrészüik sima tetejű, ép félgömb alakjában mutatkozik. Hasonló elváltozások láthatók a jobb fülkagylón. Az arcz bőrének többi részét finom, felületes apró foltocskákban jelentkező hegek borítják. A jobb alkar feszítő oldalán két, kevésbé pigmentált krajezárnyi sugaras heg látszik.

Az a körülmény, hogy az egyes kivirágzások csoportokban rendezettek, tovaterjedő jellegűek, évek óta recidiválnak, ki nem

fekélyesednek, hanem önmaguktól fölszívódnak s eltűnésük után csak felületes heget hagynak hátra, továbbá, hogy a hegeken újabb papulák nem keletkeznek, a késői syphilis papulosus alakjai közé sorolja a bántalmat.

Hozzászól MARSCHALKÓ tanár.

5. ABDERHALDEN EMIL (Berlin) és REINBOLD BÉLA (Kolozvár): *A gyapotmag edestinjének emésztése hasnyállal* című dolgozatot előadja REINBOLD BÉLA dr. (Lásd jelen Értesítő 42.—57. lapjain.)

6. JAKABHÁZY ZSIGMOND dr. és DEMETER GYÖRGY dr.: „*Az oleander mérgezésről*” értekeznek egy eset kapcsán. (Lásd jelen Értesítő 58.—64. lapjain.)

Hozzászól: ORIENT dr.

VIII. szakülés 1905 november 18.-án.

1. MAKARA LAJOS tnr. „*A Röntgenographia az idegen testek eltávolítása szolgálatában*” címen ismerteti a módszereket, melyet az eltávolítandó idegen test pontos helyzetének meghatározására kieszeltek. Bemutatja egy fiatal leány lábáról készített RÖNTGEN-képeket, melyek útmutatása mellett a már 16 hónap óta a lábban levő, 7 mm. hosszú finom tűhegyet eltávolítani sikerült, míg előbb már 2 ízben eredménytelenül operálták. A komplikált módszerek helyett a fölvételek alapján megállapított helyen localis anaesthesia mellett bemetszett, a seb fenekére fonal-vékony sodrony-keresztet helyezve, új RÖNTGEN-fölvételt készített, mire a kép útmutatása mellett könnyedén kis seben át befejezhette a tű eltávolítását.

Hozzászól: KENYERES BALÁZS tnr. Kifejti, hogy idegen testek felkutatása és azok helyének pontos megállapítása a törvényszéki orvosi gyakorlatban is nagyjelentőségű. Kérdés lehet az, hogy vajjon van-e egyáltalában idegen test, a mi a sértő eszköz meghatározása céljából fontos, ha van, hogy az mennyiben okoz sértettnél bajt; lövéseknél a golyó helyének meghatározására azért is lehet szükség, hogy ebből a lövés irányára vonjunk következtetést. A törvényszéki orvostani intézetben a RÖNTGEN-készülék elég sokszor volt idegen testek fölkeresése céljából használatba véve. Az esetek túlnyomó nagy többségében golyót kellett keresni, előfordultak azonban más esetek is. Így egy esetben a koponyába egy késnek a pengéje volt beékelődve. K. Gy. 36 éves kereskedő elkeseredésében öngyilkosságot akart elkövetni. Kiment a mezőre és ott zsebkésének nagy pengéjét koponyájába akarta szúrni. Minthogy kézzel ez nem sikerült, a kés hegyét feje tetejére illesztve, egy kővel próbálta beverni; az első kő szétporlott, ekkor egy másikkal ütött a kés nyelére, mire ez a pengéjéről letört; megharagudva egy harmadik nagyobb követ vett elő és ezzel teljes erejével rásújtott a hegyével

már a csontba beékelődött pengére, mire az koponyájában eltűnt. Ekkor vasútra ült; bejött a városba saját lábán, elment a mentő-állomásra; onnan a törvényszéki orvostani intézetbe, a hol a fej haránt- és hosszátmérőjének irányában 2 RÖNTGEN-fölvétel készült. Mindkettőn a penge jól látszik egy 6 cm. hosszú, $1\frac{1}{2}$ cm. széles árnyék alakjában; az éppen a középvonalban hátúlról kissé előre haladó irányban van beszúrva. Sértettet, minthogy egyrészt a különös öngyilkossági kísérlet, másrészt a vizsgálatnál is tanúsított különös magaviselete elmebeli állapotának kórosságára szolgáltatott gyanut, az elmekórtani intézetbe helyezte el. Innen másnap reggel a saját lábán ment a sebészeti klinikára, a hol BRANDT tanár a seb tágitása után egy fogóval a kés pengéjét elég könnyen el tudta távolítani. Sértett teljesen gyógyult sérüléssel távozott a kórházból.

Egy másik esetben 6 éves leány-gyermeknél szerencsétlen foghúzás alkalmával a jobb hörgbe jutott molaris fog jelenlétét lehetett megállapítani. A 2 gyökérrel bíró fog árnyékképe egészen jól látszik a képen, persze nem olyan intenzíven, mint a hogy sűrűbb fémtárgyak meg szoktak látszani.

A tapasztalatok azt mutatják, a mi különben magától érthető, hogy minél sűrűbb valamely test, annál sötétebb annak árnyéka a fényképen. Így üvegszilánkok majdnem olyan fekete árnyékot adnak, mint fémrészletek. Az egyik bemutatott képen a tenyérbe befuródott üvegszilánk koromfekete képet mutat. Egy másik bemutatott képen, a mely czomblövés esetében készült, igen jól fölismerhető, hogy a roncsolt izomsebben hol vannak csontszilánkok és hol lerepedezett ólomdarabok.

Megnehezíti a RÖNTGEN-vizsgálatot olyan esetekben, midőn mellkasban keresünk golyót, a mellüregben fejlődött vérömlés. A kórházigazgató úr lakásán meggyilkolt szakácsné két mell-lövést szenvedett. Az egyik lövésnek a golyója a bal mellkasban igen intenzíven látszik, ott a bordák is világos mezőben jól föltűnnek. A másik mellkaszél képe egészen sötét, ott a bordák is éppen csak a gerincez-oszlop mellett tűnnek föl; golyó nem látszik, pedig a boncolásnál kiderült, hogy a jobb mellkaszélben is volt. A föltalálást akadályozta a jobb mellkas üregében levő vérömleny, a mely a sugarak áthatolását megnehezítette. Az ilyen vérkiömlések általában nagyon megnehezítik a vizsgálatot s megeshetik, hogy csinálunk fölvételt, azon golyó nem látszik, pedig az ott van. Ezekben a nehézségeken egy bizonyos mértékig lehet az expositio tartamának növelésével, a cső megkeményítésével, egy szóval a berendezésnek az eset természetéhez való megszabásával segíteni, minthogy azonban konkrét esetben sem a vér mennyiségét és így az akadály nagyságát nem ismerjük, sem pedig a sugarak áthatoló képességét, a mely sok mindentől függ, előre meghatározni nem tudjuk, soha-

sem lehetünk bizonyosak az iránt, vajjon jól végeztük-e a vizsgálatot. Erre való tekintettel czélszerű ellenőrző próbát használni, a mit egész egyszerűen megtehetünk úgy, hogy a testnek arra a helyére, a melyen a legnagyobb akadályt tételezzük föl, egy hasonló idegen tárgyat helyezünk, mint a melyet keresünk. Ha ennek a képe egészen jól meglátszik, akkor mondhatjuk, hogy a fölvétel helyesen készült, illetve azt, hogy a keresett tárgy az átvilágítás helyén nincsen meg.

A bemutatott képen föltűnő még, hogy a bal mellkasfélen a bordák világos udvarban jól látszanak, míg jobboldalt, a hol a vérömleny volt, ilyen világos udvar csak közvetlenül a gerincoszlop mellett tűnik föl gyermektenyéryni területen. Az utóbbi hely megfelel az ökölnyire összehúzódtott tüdőnek. A világos folt onnan származik, hogy a tüdő, mint levegő tartalmú test, a sugarakat könnyebben átbocsátja, mint a környezet. Azt a körülményt, hogy a mellkas akkor, ha a tüdő levegőtartalmú, a RÖNTGEN-sugarak számára sokkal jobban átjárható, mint akkor, ha a tüdő légtelen, képezi alapját annak az ajánlatnak, hogy gyermekülési esetekben ilyen módon vizsgáltassék az élve születés, illetőleg a tüdőknak levegőtartalma. Az tény, hogy a RÖNTGEN-sugarak segítségével a tüdők levegőtartalmát, vagy a levegő hiányát meghatározhatjuk, ez a vizsgálat azonban a törvényszéki orvosi gyakorlatban egyrészt azért, mivel külön berendezést tesz szükségessé, másrészt azért, mivel sokkal könnyebben végrehajtható egyéb vizsgáló módszereink vannak az élve születés megállapítására, nem bír jelentőséggel; különben is minthogy a vizsgálat eredménye sok mindenféle tényezőtől függ, nem is olyan megbízható, hogy azzal egy gyermeküléssel terhelt nőnek sorsát eldönteni merészelhetnők. Egyes esetekben idegen testek helyének meghatározásánál stereoscopos fölvételek is nyújthatnak tájékozást. Ez azonban egyrészt nem vihető könnyen keresztül, másrészt nem is ad olyan biztos tájékozást, mint a MAKARA tanár által fölemlített módszerek.

2. KANITZ HENRIK dr. bemutat:

a) *RÖNTGEN-sugarakkal kezelt bőrrákot.* A 85 éves férfi 1905 jun. 19-től okt. végéig volt kezelés alatt. Bejövetelkor arcának jobb felén regio infraorbitalison volt egy forintosnál nagyobb, $1\frac{1}{2}$ cm.-nyire a bőr színe fölé emelkedő tömött tapintatú, éles, meredek szélű, kifehélyesedett daganat. A kórisme szövettanilag is carcinoma volt. 5 hónap alatt a daganat 8 ülésben 238 percig volt kitéve a sugarak hatásának. Jelenleg a daganat egészen eltűnt.

b) *Antipyrin exanthema esete.* A 36 éves férfinál, ki latens luesje miatt jodkali oldatot szed, 5 nap előtt hidegrázás, hányinger, bágyság érzése kíséretében a felső végtagok hajlító oldalán, a glutealis tájakon, a genitoocruralis redőkben, az alszárakon hevesen

viszkető, nagy kiterjedésű, elmosódott határú erythemás-foltok lépnek fel. A gyanú az antipyrinre irányul, melyet nagyfokú cerebrastheniája miatt szedett. A kórisme megállapítása céljából ezen exanthema teljes eltűnése után 0.5 gr. antipyrin beszedésével újra létrehozta a fenti állapotot.

c) Bemutat recensluesben szenvedő férfi-beteget, szokatlanul nagy dimenziójú és multiplex (5) sclerosisokkal az alhas bőrén és sűrűn elhelyezett papulákkal az alsó- és felsőszemhéj conjunctiváján.

3. LUKÁCS HUGÓ dr. *Torticolis mentalis* esetet mutat be.

4. GÓTH LAJOS dr. „*Gangraena vulvae terhesnél*” címen értekezik. (Lásd jelen Értesítő 65–75. lap.)

5. KONRÁD JENŐ dr. „*Primaer vulva carcinoma esetek*”-ről referál.

IX. szakülés 1905 november 25.-én.

1. BORBÉLY SAMU dr. (Torda) bemutatása. Még ma sincs egy séges álláspont abban a tekintetben, hogy a gyomor-bél-szaj műtét-nél a szájadékot MURPHY-gommbal avagy varratok által képezzük. Mindkét eljárásnak vannak tekintélyes hívei, követői, de ellenesei is. A szakülésen nem egy gyomorbél szájképzésen átesett beteget mutathatott be. Ezeknél a bemutatásoknál mindig elmondotta, hogy a szájadékot MURPHY-gommbal készítette, mert nemcsak a műtét időbeli megrövidítését vélte elérni vele, hanem a szerzők egybehangzó állítása szerint a MURPHY által készített szájadék idők folyamán nem obliterálódik, nem nő össze, a mi a varratok útján előállított szájadékról egyáltalában nem mondható el.

Bemutat egy 31 éves beteget, akinél 1903 június 30.-án pylorus stenosis consecutiv egész a köldök alá terjedő tágulat, hyperaciditás és motoricus insufficentia miatt gastroenterostomia praecolica anticát végzett MURPHY-gommbal. Annak idején bemutatta volt a beteget, mint egy példáját annak, hogy a rigorosus sterilitas mily hálával fizeti meg a műtét fáradtságait, mert a műtét után a legideálisabb hőmenettel a legszebb gyógyulást kapta. Azonban közel félév óta gyomor panaszai megújulnak, ismét fájdalmak lépnek fel, majd hányás, miért újból felkeresi az előadót. Beteg igen lefogyott, 3—5 óránként savanyú-szagú, igen sok hányadék. A gyomor alsó határa mindenkor a köldök felett 3 haránt újjnyira. Próba reggeli után nagyfokú hyperaciditas, az őrsszavtartalom HCl-ra átszámítva 2.3^o/₁₀₀. Motoricus insufficentia. A gyomor középső részének alsó határán a laparotomia hegedésének két oldalán férfitenyér terjedelemben resistens képlet, melynek közepén a hegnek megfelelően két mogyoró-nagyságú kőkemény dag. Ez a lelet négy irányban enged következtetni: A MURPHY eltávolódását nem észlelte, vajjon a gomb nem

esett-e a gyomorba s ott mint egy idegen test váltja ki a leírt tüneteket, másodszer tekintettel a gyomor rögzítettségére, nincs-e jelen egy perigastritis folyamánakép előállott s a gyomor alsó részére localisált összenövés, a mely nemcsak a gyomor mobilitását gátolja, de az elvezető kacs megtörésével a gyomor kiürülését is akadályozza; továbbá gondolni lehet a szájadék obliterációjára is, s végül nem zárkozhatunk el egy álképlet jelenléte elől sem. Ámbár a carcinoma már a gyomortartalom vizsgálata után szinte kizárt volt.

Bármelyik nézet lett légyen a helyes, a hasüreg újbóli megnyitását látta javaltnak s ezelőtt két héttel végezte is a laparotomiát. Mindjárt feltűnt egy szoros összenövés, mely a fehérozott bélkacs és gyomor egyesülésének környékén részben a fal és zsigeri hashártya között, részben pedig egy csepleszrész, mely körülfogta az applicált bélkacsot, megtörvén úgy az oda, mint az elvezető ágat. Tapogatva a szájadékot, az kiérezhető nem volt. Ily lelet mellett egyszerűnek látszott volna, hogy kiszabadítsa a gyomrot az összenövéseiből s ha szájadék tényleg obliterált, végezzen egy gastroenteroplasticát, a melyre két út van CZERNY által inaugurálva: nevezetesen az elvezető kacs és gyomor egyesülésének átmeneti redőjén kivágni egy akkora gyomor- és bélfalat, a mely az új szájadék czéljaira elegendő s azután varratokkal egyesítünk, vagy az applicált bélkacs és gyomor egyesülésénél a bélkacsosal párhuzamosan ejteni egy bemetszést, mely a gyomrot is a bélkacsot is megnyitja s ezt a haránt sebet függőlegesen egyesíti. Ha a lenövések feloldása nagy hashártya sérüléssel nem járt volna, a CZERNY módszereinek valamelyikét keresztül vitte volna, de mert látta, hogy a leválasztás kiterjedt peritoneum sértést von maga után s mivel a hashártya magán folytonosságihányt nem tűr, s ha ezeket a sérüléseket egyesíteni akarta, akkor a gyomor oly fokú ránczolását kell véghezvinni, a mely a már plasticusan tágított gyomorbélszájnyílás feltétlen megszükitését vonja maga után; az összenövések feloldásától elállott s a gyomor szabad pyloricus részéhez felhúzta a szabadon lefutó elvezető kacsot, s evvel végzett varrat útján egy új gyomorbélszájképzést. A bél megnyitása után pontos sonda vizsgálatot végzett s az először képzett szájadék átjárhatatlannak bizonyult. A műtétet követő gyógyulás elég sima volt. Az esetet két okból tartotta érdekesnek. Az egyik az, hogy beigazolódott, miszerint a pylorus stenosis miatt kitágult gyomor a gastroenterostomia után eredeti nagyságát visszanyeri, másodszer evvel az esettel eclatans példát vél bemutatni arra nézve, hogy a MURPHY-gomb által képezett szájadék épp úgy összenőhet, mintha az varrat által formáltatott volna, így tehát a MURPHY ily esetekbeni használatát csakis a vele elérhető gyorsaság indicálhatja.

Hozzászól MAKARA tanár. A MURPHY-gomb használatára vonat-

kozólag véleménye az, hogy előnyt érdemel a gomb: 1. olyan esetekben, midőn a beteg nagyfokú gyengesége miatt különösen fontos a műtévés rövid tartama, 2. általán gyomorrákosoknál, főleg ha a gyomor mozgató creje lecsökkent, mert a merev gomb az új nyílást tárva tartja s ez által különösen a hátsó-alsó gyomorfallon készítettük a nyílást a gyomor állandó kiürülését biztosítja az első napokra.

Egyébként általánosságban a varrás útján készített nyílás előnyösebb, mert azt tetszésünk szerint nagyra szabhatjuk, ez által annak újra megszűkülése is kevésbé fenyeget, meg a varrással elkerüljük a gombbal járó esélyeket (korai leválás).

Mindkét módszerrel készült nyílás elzáródhatik s megszűkülhet, a mint a tapasztalás mutatta, mert a sebgyógyulás csak a seromuscularis rétegen elsődleges, míg a nyákhártyák érintkezési helyén úgy a varrásnál, mint a gombnál sarjadzó sebvonat keletkezik, mely mint körkörös seb, szűkülésre vezethet.

Az előlő gastroenterostomiát végezni könnyebb, különösen a segédnek szerepe egyszerűbb s így czélszerűbb azon esetekben, midőn a hypertrophiás gyomorfall a kiürítést az új nyíláson át előreláthatólag biztosítja. Ilyenkor is helyesebb a KOCHER-féle *g. e. antecolica inferior*, mikor a belet pylorushoz közel a nagy görbület legmélyebb pontjához varrjuk, egyéb körülmények közt czélszerűbb a HACKER-féle *g. e. retrocolica posterior*, mert a szervek természetes elhelyezkedésben maradnak.

A bemutató azt mondta, hogy a gyomortartalom vizsgálata műtét előtt kizárta a gyomorrákot, erre vonatkozólag megjegyzi, hogy ezt a tételt nem állíthatjuk. A minapában operált egy férfibeteget, kit PURJESZ tnr. volt szíves a klinikára utasítani, ennél a gyomorvizsgálat szintén hyperaciditást, szabad sósavat és tejsav hiányt állapított meg, mégis ökölnyi pylorus rákja volt, számos áttéti mirigygyel, úgy, hogy csak *g. e. retrocolicát* végzett MURPHY-gombbal. A beteg a műtét után 8 kgl. hízott, hányása megszűnt s ilyen javúlt állapotban távozott.

Miután tehát nincs módunkban biztosan megállapítani, vagy kizárni a gyomorrákot, fontos, hogy az orvos már a rák gyanújánál tapintható daganat nélkül is ajánlja a műtétet, mert csak így remélhetjük, hogy a betegen radikálisan segíthetünk, míg ha bevárjuk a tapintható daganat kifejlődését, rendszerint elkésik a beteg.

Hozzászól még PURJESZ tanár.

2. GYERGYAI ÁRPÁD dr. bemutat egy 53 éves földmivest, kinek orrát 3 hét előtt egy ökör, vasalása közben megütötte, közvetlen utána kevés vér szivárgott az orrból. Pár nap múlva bal orr-nyílása nem szelelt és ekkor bevezetett újjával fél szilvamagnyi daganatot érzett, a mely lassan nőtt s a másik oldalon is hasonló keletkezett, úgy, hogy már 10 nap óta egyik orrnyílásán át sem tud lélegzeli.

Jelen állapot: az orr alsó része kiszélesedett az orrnyílások halvány szederjes képlet által ki vannak töltve. A daganat lateralis felszíne sondával mindkét oldalt körüljárható, medialis részök correspondeáló helyen széles alappal a septum cartilagineum mellső részével összefügg. Fluctuatio. Az egyikre gyakorolt nyomásnál a másik erősebben megtelik. Nem fájdalmas. A beteg láztalan.

A körkép szép kifejezett alakja az eléggé ritkán előforduló *haematoma septi-nek* illetőleg *abscessus septi nariumnak*, mely az előbbinek pár nappal keletkezése után rendszerint fellépő genyedésből származik. Az egész irodalomban csak BALL egy esete található, a midőn a haematoma septi genyedés nélkül felszívódott. A próba punctiónál nyert genyben fedőlemezen involutiós alakokat mutató, néhol tokkal bíró diplococcusok voltak, tenyészetben is ezeknek finom párszerű telepe eredt meg.

Hozzá szól MARSCHALKÓ tnr.

3. PURJESZ tanár *Erb-féle hűdés* esetet mutat be.

A 35 éves férfi 5 év óta zsákok hordása után a bal karját nem tudja felemelni. A bal mm. deltoides, pectoralis major, biceps, brachialis internus, supra-infraspinatus, teres sorvadtak. Felsorolja azokat az eshetőségeket, melyeknél a plexus brachialis pars supraclavicularisa vongálódhatik. A betegnél röviddel ezelőtt egy új tünetesoport jelentkezik: spasticus járás, fokozott patellaris reflex, jól kiváltható lábclonus. Bemutató ez utóbbiakat új folyamatainak tartja.

4. KONRÁDI DÁNIEL dr.: bemutat 2 vesemedence követ, a melyeket egy házi nyúl-tetem vizsgálata alkalmával talált LÖRTE tnr.

Feltűnő mindkét vese nagysága; a bal 22·3, a jobb 21·2 gr. súlyú, hosszuk 6 cm., szélességük és vastagságuk 2·5 cm. Föl- említi, hogy EBSTEIN és NICOLAÏER kísérleti úton tudtak kutyáknál és házi nyulaknál köveket létrehozni az által, hogy *oxamid*-dal, az oxalsavnak ammoniak derivatumával táplálták az állatukat. A kövek természetét még nem sikerült megállapítania.

5. KONRÁDI DÁNIEL dr. referál egy vidékről vizsgálatra beküldött meningitis cerebrospinalis-eset agyában talált kétféle bacteriumról: egy iker coccusról (LÖRTE tnr. elnevezése) és egy bacillusról. Ezek színtenyészetivel külön-külön és együttesen állatokat oltott be, a melyek csak akkor pusztultak el klinikailag és boncztanilag kimutatható meningitisben, ha e két bacterium együttesen fejlődött tenyészetét agyburok alá, vagy visszerbe juttatta. Az iker-coccus a JÄGER—HEUBNER-féle typust mutatja, a bacillus azonositása még nem sikerült.

Hozzászól: VESZPRÉMI dr., s kérdi előadótól, hogy esetében a halál után mennyi idő múlva végeztetett a bonczolás? És hogy az oltásra használt anyag mikor és hogyan jutott előadó kezeihez? Vajjon mindazon cautélák megtartásával-e, a melyek ilyen bacte-

riológiai vizsgálatok végzéséhez s az előadó által azok eredményéből levont következtetésekhez elengedhetetlenül szükségesek. Ugyanis felszólalónak szintén volt alkalmja meningitis cerebrospinalis egy esetét boncsolni. A lágy burkok izzadmányában a GRAM szerint festett fedőlemez készítményben egy pár rosszúl festődő diplococcuson kívül a készítmény hosszas átnézése után egy-egy jól festődő, meglehetősen nagy bacillust is lehetett látni. Midőn a szövettani met-szetek bacteriológiai vizsgálatát végezte, feltűnt, hogy a lágy burkokban néhol szinte csoportosan, tehát aránylag nagy számmal vannak GRAM szerint jól festődő bacillusok, diplococcusok. Különösen a bacillusok már első pillanatra a rothadásnál található mikroorganizmusok benyomását tették, s utána nézve az esetnek, a boncz-jegyzőkönyvben, abban tényleg a kezdődő rothadás jelei voltak felemlítve, nemcsak a hasúri, hanem a mellkasi szervek részéről is. Igen természetes dolog tehát, hogy ilyen körülmények között az említett bacteriumokat nem volt szabad a meningitissel semmi összefüggésbe hozni. Ugyanez az eshetőség állhat fenn előadó esetében is, tehát, hogy az általa talált bacillusok, a melyeket még meghatározni sem sikerült, nem egy intra vitam keletkezett vegyes fertőzésből származnak, hanem a halál után juthattak oda s voltaképpen talán rothadási bacteriumok.

Az a körülmény, a mit előadó említ, hogy t. i. a vizsgálatra kapott agy-darab látszólag elég frissnek nézett ki, semmit sem bizonyít. Midőn maga előadó mondja, hogy egy vidéki kórházban végzett boncsolásból származó anyag a halál után több mint 24 óra múlva került csak bacteriológiai vizsgálat alá s úgy látszik, sem is a kellő módon, nem sterilisen kezelve küldetett be. Ezek a viszonyok épen nagy óvatosságra intenek s inkább a mellett szólnak, hogy az előadó által bemutatott meglehetősen nagy bacillusok másodlagosan a halál után, esetleg külső szennyezés vagy épen rothadás útján juthattak a megvizsgált anyaghoz. Erre a körülményre óhajtja felszólaló fölhívni előadó figyelmét, mert hogy e microbák házi nyúlaknál ilyen vagy amolyan oltásnál bizonyos kóros elváltozást is okoztak, szintén nem bizonyítja azt, hogy az embernél előforduló meningitisekkel valamely kétségtelen okozati összefüggésben lennének.

X. szakülés 1905. decz. 2.-án.

fi

1. MARKBREIT IRÉN dr. és LUKÁCS HUGÓ dr. bemutatásai: SACHS-féle *Amaurosis idiotica két esete*. Az egyik vérrokon szülőktől származik, 5 hónapos koráig jól fejlődött, ekkor fokozódó vakság, a felső végtagok spasticus, az alsók petyhüdt hűdése lépett fel. Ma a gyermek idiota, maranticus.

A szemfenéki lelet egyszerű atrophíát mutat. A TAY—SACHS-féle macularis elváltozás nincs meg. E tünettől eltekintve typicus SACHS-féle megbetegedéssel állunk szemben.

A második esetben a gyermek 11-ik hónapjában jelentkezett a vakulás és butulás. A gyermek mikrocephaliás, idiota, LITTLE-féle hűdéssel, a betegség nem progrediál. A szemfenéki lelet kiterjedt atrophias elváltozást mutat. A macularis lelet megvan, de kissé atypicus. A vörös pont körül *fehér fénylő* udvar, mely nem körös.

A TAY—SACHS-féle betegség e két atypicus esetében bemutatók megerősítését látják annak, hogy a hereditarius familiaris betegségeknél az állandó kórképek ritkák, legtöbbször csak egy családon belül azonosak, egyébként átmenetek a combinációk végtelenségéig lehetségesek.

Hozzászól: Hoór tanár.

2. VESZPRÉMI DEZSŐ dr.: a) egy 53 éves dementia senilis paranoides-sel az elmekegyesítéskorán ápolt nőtől származó agy-készítményt mutat be. A bal agy-félteke oldalsó felületén a fossa Sylvii folytatásában két tömlő található. Az egyik a gyrus cent. post.-t és gyrus supra marg. mellső részét, a másik ettől mell-felé és alatta a gyrus cent. alsó részét és a gyrus temp. sup. felső részét foglalja el. A 4—5 cm. átmérőjű üregek tartalma tiszta savó; alapjukon a pia van besüppedve, felettük az arachnoidea van kifizítve. E két üregnek megfelelőleg az agy-állomány részéről jókora hiány található; és pedig hiányzik nemcsak az agy-köpeny megfelelő szürke és fehér állománya, hanem a centr. semiov. egyrésze is, a sziget, a claustrum, úgy, hogy az üreg fenekét képező pia közvetlenül fedi a capsula externát. Az üregek az oldal gyomrocsonnal nem közlekednek. Az elváltozás teljesen megfelel azon képnek, a mi a *porocephaliára* jellemző. Megemlítendő még, hogy az illetőnél a jobb oldali végtagok születése óta fejletlenebbek, rövidebbek, vékonyabbak és állandóan pareticusak voltak.

b) Bemutatja továbbá egy 40 éves férfi ivarszerveit. Az illető 2 év előtt lovagló helyzetben vassínre esett, gát táját megütötte. Nyolcz hét után itt egy ökölnyi duzzanat keletkezett, a mely áttört s belőle geny ürült, a miután a gát tájon fistulák maradtak vissza. Lassankint, fokozatosan húgycső-szűkület tünetei léptek fel, úgy másfél év múlva vizelete genyvel keverten a fistulákon keresztül ürült, húgycsövén nem tudott vizelni. Sectionál a húgycső hátsó részén rendetlen, szívós, tömött hegek között erős szövetpusztulás, sajtos üregek találtak, a melyek a gáttáji fistulákkal közlekedtek. Az üregekben egy pár húgykő is volt, a gáton nagy kiterjedésű durva, szemcsés, kocsonyás sarjadzással borított fekély. A jobb mellékherében, vas deferensben, vesicula seminalisban kisebbfokú

tuberculosis, a húgyhólyagban sajtos fekélyek a hólyagnyak táján. Prostatában kiterjedt elsajtosodás, caverna képződéssel.

Az eset megfelel a húgycsőszűkületek azon ritka alakjának, mely lassú lefolyású gümőkóros elváltozásokra vezethető vissza, olyan értelmezéssel, hogy a trauma itt, mint egy alkalmi okként szerepelt, s a genitális tuberculosisból ez a terület is fertőztetett úgy, hogy az eset méltán tekinthető gümőkóros húgycső-szűkületnek.

Hozzászól MAKARA tanár. A bemutatott eset a sebészeti klinika betege volt, kinél a vizelet csak a gát-táji sipolyokon ürült, míg a pars subpubicában teljesen átjárhatatlan szűkülete volt. A gát sipoly-járatainak dudoros, sarjadzó részéből műtét előtt próba kimetszés és szövettani vizsgálat történt, de ezen alapon sem lehetett a baj természetét biztosan megállapítani. Miután a gát-táji sérülés oly határozott előzményi adat volt, a szűkületet traumás eredésűnek tartották. A szűkületet külső húgycsőmetszéssel oldotta meg. A megbetegedett húgycsőrészlet szívós, callosus tömeget képezett, melyet a sipolyok átjártak. A műtét a betegnek javulást nem hozott, lázai inkább fokozódtak, hólyagja az állandó kathetert nem tűrte, úgy, hogy azt már másnap végleg eltávolították. Azontúl a bronchitis uralta a kórképet, köpetében véres csíkok voltak, de az ismételt köpet vizsgálat tuberculosis bacillust kimutatni nem tudott. Mégis a tüdő-folyamatot gümősnek tartották. Az autopsia lelete mutatta, hogy a miliaris tüdőgümőkben a szétesés hiányzott még s így valószínűleg hiányzott is a köpetből a gümöbacillus.

A húgycső gümős megbetegedése általán ritka. ENGLISH ismertette a hátsó húgycsőrész gümős urethritis és periurethritisének klinikus képét. A betegek mindannyian gümős alkotásiak voltak. A betegség csekély, de a gyógyítással makacsul daczó húgycső-folyással kezdődik, lassankint megdagad a gáttájék, majd kifakad és sipolyos járatok támadnak. Ezen gümős urethritis és periurethritis szerinte a COWPER-mirigyek gümösödéséből indul ki.

A bemutatott esetben az elsődleges gócz a mellékherében volt, ettől fertőztetett a prostata, majd a hólyag és húgycső. A húgycső traumás sérülése, a már fennálló tuberculosis mellett, a megbetegedés alkalmi oka lehetett.

Miután a húgycső gümős betegsége rendszerint nem okoz szűkületet, a jelen eset ezen irányban is teljes figyelmet érdemel. Esetünk is mutatja, hogy a therapia ilyen előrehaladott betegséggel szemben tehetetlen, sőt tán a gümős góczok megbolygatása siettetta a gümösödés általános kifejlődését.

3. GENERSIICH GUSZTÁV dr. előadása: „*A kanyaró lappangása*“ czímmel.

Hozzászól: PURJESZ tanár.

XI. szakülés 1905 december 9-én.

1. GÁMÁN BÉLA dr. egy beteget mutat be, a kinek a hangja dunnyogó és a ki az orrán keresztül nem tud légzenni. Vizsgálatnál az orr hátsó részét egészen kitöltő, a lágy szájpadot előnyomó, sárgás színű, dudoros felületű, puha és vérzékeny tumort talált, a mely szövettani vizsgálatnál sarcoma ovoelulare-nak bizonyult.

Bemutat továbbá egy fiatal leányt, a kinek egész orrüregét egy polyp tölti ki, a polyp az irodalomban közölt s eddig észlelt esetek közül a legnagyobb.

2. KOLOSVÁRY SÁNDOR dr. bemutat egy 31 éves férfi-beteget, a ki typhus abd.-sal feküdt a belgyógyászati klinikán. A reconvalescentia 15—16-ik napján hangja fátyolozott lett s tükör-vizsgálatnál a jobb nervus recurrens vagi bénulata volt megállapítható. Pleuralis, mediastinalis megvastagodást nem találtak s így typhus-hoz csatlakozó partialis neuritisnek tartja. Nyugalom, jó táplálás és localis villamos kezelésre szembetűnően javul.

3. KANITZ HENRIK dr. bemutatásai:

a) 50 éves férfi a nyaki csigolya-csontok syphilises elváltozásaiival. A beteg előadja, hogy több hét óta az egész feje erősen fáj, a homlokán egy daganatja támadt és fejét rendesen mozgatni nem tudja. Vizsgálatkor kitűnt, hogy a fejtetőn egy kb. forintos nagyságú, ép bőrrel fedett puha elasticus tapintatú laposdad daganat van jelen, mely rendkívül fájdalmas. Az egész fej nyomásra feltűnően érzékeny. Fej merevtartású, a nyaki gerincoszlop mozgási képessége erősen korlátolt. Fejét úgy a verticális, mint a horizontális tengely körül csak néhány foknyira tudja mozgatni, ezt is erős fájdalmak kíséretében. A három felső nyaki és a 3-ik háti csigolya tövis-nyulványa erősen érzékeny, sőt a második nyaki csigolya proc. spin. erősen duzzadt.

Tarkóizomzat erős contractióban. A két utolsó borda szabad vége, valamint a bal spina ilei ant. sup. nyomásra igen érzékeny. Tekintettel arra, hogy az anamnesisben lues felvételére támpontokat talált (ez év nyarán intézetünkben gummata palati mollissal antiluetice kezeltetett), tekintettel arra, hogy a homlokon levő daganat egy typicus gummosus periostitis benyomását tette, valamint arra, hogy a fájdalmak főként éjjel fokozódtak, tekintettel továbbá a multiplex periostalis érzékenységre: a nyaki, illetve részben háti csigolya-csontok lueticus megbetegedését vették fel, melyet az antilueticus cura is beigazolt. Négy 5% sublimát injectióra és jodkali szedésére a homlokon levő elváltozás teljesen visszafejlődött, a csigolyatestek érzékenysége majdnem teljesen megszűnt, a nyaki gerincoszlop mozgási képessége jóformán teljesen helyreállt.

b) Bemutat egy 62 éves nőt, kinél RÖNTGEN-kezeléssel egy

almányi kifekélyesedett *börrákok* tűntettek el a jobb orbitalis tájékról. Kezelés után kitűnt, hogy a bulbus, melyet a nagy kiterjedésű daganat teljesen elfedett, szintén rákos, a miért operative fog eltávolítani. Az eset mutatja, hogy némelykor mily czélszerű a radiotherapiának a műtéti beavatkozással való combinált alkalmazása. A tumor felületesebb részeinek RÖNTGEN-fénnyel való eltávolítása mellett a cosmetikai eredmény mindenesetre sokkal kielégítőbb, mint a milyen operatiónál lett volna, mert az utóbbi csak nagyobb plasticai csonkítások árán lett volna keresztülvihető.

4. FABINYI RUDOLF dr. előadása: Tumor cerebri esetről referál, melyet ezelőtt 3 évvel élőben mutatott volt be.

Hozzászól HOOR tanár és ELFER ALADÁR dr.

5. KONRÁD JENŐ dr. Laparotomia útján eltávolított óriási colloid cystomát mutat be, a mely állítólag 8 hónapi fennállás után légzési nehézségeket és alhasi fájdalmakat okozott a betegnek. Haskerülete 118 cm. Kül- és belvizsgálat alapján nem dönthető el, hogy egy eltokolt nagy exsudatum-e, vagy pedig kystoma. A hasür megnyitásokor sűrű szívósan tapadó colloid ömlik ki. A peritoneum kocsonyásan áttűnő kisebb-nagyobb göbésékekkel behintett. Kítakarítva a colloid-massákat, daganattal tűnik elő, mely felfelé a kocsonyásan infiltrált csepleszszel és a colon transversummal, jobbfelé a fali peritoneummal is jó darabon összenőtt. A kiürített tömegek és ezután kigördített és kocvány képzéssel eltávolított daganat összsúlya 23 klg. A beteg hassebe 9-ik napra per primam egyesült. A műtéti makroszkopos kép már valószínűvé tette, hogy nem jóindulatú kystomával van dolguk, a mit a szövettani vizsgálat is igazolt; typosos gelatinosus carcinoma. A betegre a prognosis így igen rossz, bár a gelatiniformis carcinomák nem esinálnak oly gyorsan metastasisokat, mint pl. egy velős mirigy hámrák.

Egyfelől a daganat óriási nagysága, másfelől a daganat eltávolításának nehézségei és az ovarialis carcinomák legritkább alakjának szövettani lelete mindenesetre figyelemreméltó. Hozzászól: SZABÓ tanár.

6. JANCsó MIKLÓS dr. bemutatja egy házinyúl szerveit, a melyet ez év ápr. 10.-én oltott tuberculosis bacillusokkal venába. A tüdőben és vesében gyógyulófélben levő tuberculomokat talált; de talált ezenkívül az izületekben és az emlőben is kifejezett tuberculosisist. Ez utóbbi elváltozásokat két élő nyúlón is bemutatja.

7. PURJESZ ZSIGMOND tanár előadása: „*A typhus-bacillus ragályozó képességéről*“. Az utóbbi 30 év alatt tett észleleteiről számol be. (Lásd. Orvosi Hetilap 1906. évi 1. sz.)

Hozzászól MAKARA tanár és azon véleményének ad kifejezést, hogy az ápoló-nővérek gyakori megbetegedése talán nem is attól származik, mintha a typhus-ragály fertőzőképessége fokozódott volna

az utolsó években, hanem, mert a szerzetes-növérek a szigorú személyes védekezés egyrészét az isteni gondviselésre bízzák. Fölvívja PURJESZ tanár figyelmét azon szokásukra is, hogy a beteg mellett szenteltvizet tartanak, melyet azután valószínűleg többen használnak, esetleg így fertőződhetik a közös szenteltvíztartó is.

A járvány következetes emelkedése az őszi hónapokban, mely decemberben éri el tetőfokát, hogy azután fokozatosan csökkenjen júniusig, véleménye szerint arra mutat, hogy a typhus bacillus, mint saprophyta is a jelzett időszaki viszonyok szerint a talajban, a kútakban kedvezőbb szaporodási feltételekre talál. Ez irányban nem hagyható figyelmen kívül azon körülmény, hogy a talaj azon rétegei, melyekben a kútak vize áll, épen az őszi időszakban melegednek át legjobban, minnek a vízbe kerülő ragályozó, vagy azt elősegítő bacteriumok szaporodására és virulentiájára befolyással lehet.

FILEP GYULA dr. elsősorban arra nézve kér felvilágosítást, vajjon 1897-ben, midőn a typhusban való megbetegedés Kolozsvárt 5% fölé emelkedett, szintén észlelte-e előadó azt, amit 1904-ben: hogy t. i. az egyes családok körében egymásután több családtag betegedett meg, és hogy ez a körülmény sokkal gyakrabban fordult volna elő, mint az azelőtti években. Mert ha a typhus-esetek szaporodásának és ezen tünetménynek okát a virulencia fokozódásában keressük most, akkor ezt a jelenséget más typhus-epidemiák alkalmával is meg kell találnunk.

Felhívta továbbá a figyelmet arra, hogy a hónapok szerint való szabályos ingadozás a typhus halálozási statisztikájából az egész ország minden törvényhatóságában kimutatható. Azonban a görbe nem egészen felel meg a bemutató által előadottnak. Azt lehet mondani, hogy a halálozások zöme a téli hónapokra esik; a csúcsa november, december és januárius hóra jut, februáriusban csökkenés és márcziusban ismét emelkedés mutatkozik. Szabályosságot lehet találni a diphtheria halálozási görbéjében is, a melynél minimum július hóban van, a maximum pedig december, januárius hónapokban. Igaz, hogy ha akarjuk, ezt is magyarázhatjuk a virulencia változásából, csak hogy a vörhenynél és kanyaronál, a pár excellence contagiosus betegségeknél is azt látjuk, hogy a halálozás maximuma mindig a téli hónapokra esik; arra az időre tehát, midőn az emberek általában zsúfoltabban laknak és a szorosabb érintkezés folytán a fertőzés lehetősége nagyobb. Előadó által észlelt tünetményt tehát nem tartja a typhus-bacillus virulentiája változásának megmagyarázására elegendő alapnak.

Hozzászól továbbá JANCsó MIKLós dr., majd MAKARA tnr. reflectál JANCsó felszólalására, végül PURJESZ tanár zárószavában az özszes felszólalásokra,

XII. szakülés 1905 deczember 16.

1. LUKÁCS HUGÓ dr. „*Enkephalopathia infantilis epileptica*“ esetet mutat be. Sz. E. 26 éves, nagybátyja elmebeteg. Szülés normális. 6 éves koráig jól fejlett. Ekkor egy eclampsiával járó lázas betegséget szenvedett. Utána vették észre, hogy jobb testfele hűdött. Jobb karjában később athetosis lépett föl. Azóta epilepticus görcsökben szenved. Szelleme fokozatosan megváltozott. Imbecillis. Állhatatlan, altruisticus érzelmei nem fejlődtek. 3—4 éve időnként zavart, nyugtalan maniacalis, hallucinál, fecsegő eroticus.

Terheltségi jelek: nyúlajk, tág, egyenlőtlen orrlik, plagiokcephal, assymmetricus arcz. A jobb testfél atrophias. Végtagok 2—3 cm.-rel vékonyabbak, mint az ellenoldaliak. Durva erejük nagy mértékben csökkent. Cyanoticusok. Spasticus reflexek ezen oldalon. Vérnyomás e testfélen felényi, mint a balon. Jobb kézben és lábon intentiós tremor.

Tehát 3 tünetesoporttal állunk szemben: motilitas zavar, imbecillitas és epilepsia. Mind e tünet, mint önálló betegség is előfordul. De az ehez hasonló, klinikailag typicus gyakori megbetegedésre e 3 tünetesoport együttes megjelenése a jellegző. E megbetegedésnek egységes elnevezése nincsen. Oka ennek, hogy a 3-féle zavar foka, kiterjedése, sőt kvalitása igen sokféle lehet.

A motilitas zavarai: haemiplegia különböző fokai, contractura, atrophias, hemichorea, athetosis, tremor. Ezek együttesen vagy külön-külön ideiglenesen, vagy állandóan.

Az agyi idegek zavarai vagy atrophias, vagy paresisek alakjában. (Velezületett vagy szerzett degenerációs jelek.)

Az imbecillitas foka nagyon különböző az idiotismusig. A jellemre jellemző, ha a baj szerzett, a teljes változás a moral insania. Sok az epilepticus vonás (poriománia, impulsivitas).

Az epilepsia foka és megjelenési módja is különböző. JACKSON nagy teljes rohamok. A jellemet is befolyásolja.

Éppen ennyire változó a kórboneztani kép. Porenkephalia sclerosis, cysták, de a mi lényegesebb, hypo- és aplasiák.

A kórtani lényeg: egy a fejlődő idegrendszerért ért bármily laesio: infectio, trauma, intoxicatio, mely a fejlődést gátolja meg.

Ezen betegség elnevezésére ajánlom: Encephalopathia infantilis elnevezést.

Gyakori e betegeknel, hogy a fanosodás idejében maniacalis izgalommal, paranoid téveszmékkel psychosisok lépnek föl, melyeket ZIEHEN az imbecillitas hebephrenias módosulásának nevez.

Hozzászól: PURJESZ tanár, a ki inkább hypoplasiának, mint atrophianak látja az izmokon észlelhető változást.

2. JANCsó MIKLós dr.: „*Situs transversus viscerum*“ esetet mutat be.

ÁKONTZ KÁROLY dr. fölemlíti, hogy a szülészeti klinikán ő is észlelt egy gyermeknél situs transversust.

3. BUDAY KÁLMÁN tr. bemutatásai:

a) *Echinococcus multilocularis* a májban. Az echinococcus multilocularis tudvalevőleg az által különbözik a nálunk rendszerint előforduló echinococcustól, hogy a kicsiny hólyagok nem egy nagyobb tömlő belsejében vannak, hanem egymástól függetlenül valamelyes kötőszövetes váznak hézagaiban s a többnyire igen kicsiny tömlőcskék kocsonyaszerűen áttetszők, mi által az egész kép föltűnően hasonlít a kocsonyás rákhoz. Nálunk, a mennyire tudom, az echinoc. multilocularis igen ritka, irodalmi közlést csak egyet ismerek, a melyet SCHEUTHAUER tanár tett egy Budapesten boncolásra került esetről. Mi egy 33 éves kolozsorsai oláh asszonynál constatálhattuk az echinococcus multilocularist. A nő 4 hó óta szenved sárgaságban, hasa puffadt, hőmérséke csak kevéssel, néhány tízedfokkal emelkedett, az utolsó napokban azonban 40° fölé szökött, a gát tájon keletkezett gangraenás gyuladás következtében. Boncolásnál igen erős ikterus, gömbszerűen puffadt has mellett a máj tenyérryíval a bordaív alá nyúlik, zöldes-barna, jobb lebenyének rekeszi felületén kis gyermekfönyi, 10 cm. átmérőjű gömbölyded daganat emelkedik ki, mely szálagosan a rekeszhez nőtt. Első pillanatra ráknak gondoltuk, de már kívülről föltűnt, hogy a mint általában igen tömött, porcszerű, egyes helyei lágyak, hullámzók. Bemetszésnél csakugyan sok epés folyadék ürült, narancs sárga fővénnyel keverve, a daganat belsejében levő szabálytalan czafatos, széteső falazatú barlangból. Az üreget 2—3 cm. szélességben igen tömött daganatszerű állomány veszi körül, a mely kénsárga recézetből s ennek hézagaiban fekvő 1—3 mm. átmérőjű nyúlós colloidos cseppekből áll. A környező ép májjállományban egyes elszórt kocsonyás tömlőcskék látszanak. A májkapuban ezen daganattól teljesen függetlenül, de egyébként ahhoz hasonló szerkezettel kisebb, alig diónyi göröngyös felületű csomó van, a mely a máj és az epevezetéket körülveszi, illetőleg megtöri. Már ez a bonczatani kép is echinococ. multilocularis mellett szólt és a föltevést a görösői vizsgálat is igazolta, a mennyiben egyes tömlőkben jellegzetes echinococcus-scolexek találtattak horogkoszorúval, másokat az erősen redőzött chitin-burokról lehetett fölismerni, a melynek keskeny szalagjai a központi üregecskével, a kocsonyás rák szokott képétől már fagyasztott metszetekben is merőben különböztek. A chitin-gombolyagok körül sok óriás sejt volt, a melyet echinococ. multilocularisnál, mint a szervezet erősebb reakciójának jelét, mások is kiemelnek. A kocsonyás anyaggal egy kutyát megettünk, de 3 hónap múlva, a mikor leöltük, taenia echinococust nem találtunk nála.

b) *A máj-vénák elzáródása cirrhosis hepatis tüneteivel.* CHIARI

1899-ben fölhívta a figyelmet arra, hogy a máj-vénák eldugulása elsődlegesen is fölléphet és pedig különösen a vena-cava inferiorhoz közel eső legvastagabb törzsek szűkülnek meg gyulladás folytán, a mely a hozzá csatlakozó thrombosis következtében teljes elzáródásra vezethet. Ő 3 esetben észlelte ezt a kóralakot, a mely a nagyfokú hasvízkór miatt cirrhosis hepatis gyanúját kelti, de a boncolásnál magában a májban csak erős vérpangás képe látszik. Ezen betegség egy jellegzetes esetét láttuk 2 $\frac{1}{2}$ éves fiúnál, a ki állítólag nem régóta volt beteg, előbb hasa, majd alsó végtagjai dagadtak meg. Fölvételekor úgy a hasvízkór, mint az anasarca igen nagyfokú volt s miután szív, vese és tüdőbaj jelei hiányoztak, májcirrhosisra kellett gyanakodni. A fenyegető tüdővizenyő miatt hascaponálás történt, mindazáltal a gyermek már másnapra meghalt. A boncolásnál csakugyan a szívben, vesékben és tüdőkben semmi olyant nem találunk, a mi az erős vizenyőt megmagyarázta volna, de a máj sem mutatta a szokott cirrhosis képét, a mennyiben a máj elég nagy, nem szemcsézett, csak némi homályos egyenetlenség látszott a felületen s már kívülről is nagyfokú vérpangás tünt föl szabálytalan szerezendió-rajzolattal. A metszéslepon is hiányzik a cirrhosisra jellemző szemcsézettség, kötőszöveti váz, ellenben mindenütt a vérpangás képe és pedig igen változó fokban, nevezetesen foltonként sötét-kékes vörös besüppedő helyek voltak az atrophia-cyanotica képével. A vena-portae teljesen ép. Ezek az elváltozások a máj-vénákra hívták föl figyelmünket s csakugyan azok tüzetesebb megtekintésénél kiderült, hogy a nagyobb törzsek többé-kevésbé meg vannak szűkítve, illetve teljesen eldugaszolva sarjadzásszerű szövet által, a teljes átjárhatatlanság többnyire az által keletkezett, hogy a frissebb vagy régibb részben már barnás thrombusok a megvastagodott, illetőleg megszűkített edények belvilágát teljesen elzárták. Egyes eldugaszolt vénák benyílása helyén a vena-cava inf.-ban tölcéserszerű heges behúzódás látszik. Górcső alatt ezen vénák fala sejtű kötőszövet által nagyfokban megvastagított, a burjánzás főképp az intimát illeti, de a véredény körüli májszövetbe is sugarasan betérjed. A mint látjuk, ezen eset teljesen a CHIARI kórkép jelle gével bír s talán némileg megerősíti CHIARI azon gyanúját, hogy ez a betegség syphilitis alapon keletkezik. A mennyiben 2 $\frac{1}{2}$ éves gyermeknél ilyen önálló véredény-gyulladás, a melynek hasonlósága a pylophlebitis adhaesiva syphiliticához szembeszökő, nagy valószínűséggel syphilitisre vezethető vissza.

c) *Két elsődleges rák együttes előfordulása.* Az ú. n. többszörös rákok közt, a melyeknél két elsődleges rák egymástól függetlenül jött létre egy ugyanazon betegnél, azon eseteket tartják morfológiai szempontból leginkább bizonyítóknak, a melyeknél a két elsődleges rák nemcsak két külön szervben jön létre és pedig olyan

körülmények között, hogy egyik a másiktól sem metastasis, sem beoltás által nem keletkezhettek, hanem a melyeknél egyúttal a két különböző szerv rákja szöveti szerkezet tekintetében is lényegesen eltér. Ezen, aránylag nem nagy számmal észlelt esetek közé tartozik a következő: egy 64 éves férfi a szemészeti klinikára 3 $\frac{1}{2}$ év előtt felvételre magát, a bal cornea szélén fejlődött borsó nagyságú szemölcsös daganattal, a mely fehéres bőrszerű külleme miatt első tekintetre dermoid gyanúját keltette. A kiirtás a cornea lehető kimé-
lése mellett történt; a megejtett szövettani vizsgálatnál a vastag hámbél a mélybe nyúló csapok, illetőleg elszigetelt hámfészkek is találtattak, elszarusodott hám-gyöngyökkel, sok magoszálással, s ennek alapján a diagnosis szemölcsös rákra tétellett. 1900 februáriusban kiújulással jelentkezett megint a klinikán, a hol a daganat az előbbi módon újból eltávolított. 1905 augusztusban 3-dik felvételekor már a bulbuszt a cornea területéből kiálló rákos tömeg miatt enucleálni kellett s mivel az orbita csontos falára is a dag. áttért, a sebészetre tétellett át, a hol exenteratio orbitae végeztetett a gyanus részek levésésével. A beteg, a ki az utóbbi időben erősen legyengült, a műtét utáni nap kezdődő tüdőgyulladásban elhalt. A halál-
előtti napon véres hányás jelentkezett nála.

A boncolás alkalmával a gyomor nagy görbületén kb. annak középső $\frac{1}{3}$ -ában egy kis tenyérnyi területen a gyomor-fal egész 1 cm.-re megvastagodott, tömött, majdnem porcyszerű, kívül a has-hártyán apró, fehér göbök vannak, s a cseplesz sugarasan oda-fűzött. Felmetszve ezen megvastagodott terület közepén egy sokély, tányérszerű fekély van elmosódott szélekkel, hasonlóképen igen elmosódottak, inkább csak tapinthatók, mintsem élesen elhatároltak a megvastagodás szélei is. Daczára annak, hogy sem a nyirkmirigyekben, sem egyéb szervekben metastasis nem volt, a gyomor ezen elváltozását már a bonczani képből is rostos ráknak kellett tartani, annál is inkább, mert annak területében a gyomor-fal-rétegeket fehéres, hegszerű szövet igen erősen egymáshoz fűzte, a muscularisban is a scirrhusra jellemző fehéres hálózat látszott. A szöveti vizsgálatnál csakugyan a gyomor-fal összes rétegei, nevezetesen az izomréteg és a serosa is tele voltak kicsiny rákfészkekkel, a melyek a lazább helyeken henger-hámsejtekből álló csöves mirigyhez hasonló csoportokat alkottak, a központilag elhelyezett kicsiny lumenben néhol colloidyszerű dugaszszal. Ez a kép tehát az adeno-carcinoma fibrosus szövettani kórisméjét nyújtotta, a miből tehát a cornea és gyomor rákjai között a szerkezeti különbség nyilvánvaló.

4. KANITZ HENRIK dr. előadása: „A bőrrák kezelése Röntgen-sugarakkal“. (Lásd Gyógyászat 1905. év 52., 53. sz.)

Indokolatlannak tartja azt a bizalmatlanságot, melylyel némelyek a R. sugarak gyógyító hatásával szemben viseltetnek és utal-

azon nagyszámú észleltre, melyek a R. sugarak a bőr rákos képleteire gyakorolt kedvező hatását kétségbevonhatatlanul bizonyítják. A kezelés javaslatát a kolozsvári egyetemi bőr-klinika nagy beteganyagán ($2\frac{1}{2}$ év alatt 45 különböző rákos beteg részesült R. kezelésben) szerzett tapasztalatok alapján a következőkben foglalja össze:

a) Indikált a R. kezelés kis kiterjedésű felületesebb és aránylag jobb indulatú ulcus rodenseknél és caneroidoknál, melyeknél az eredmény úgy tartósság, mint kosmetika tekintetében is a legidealisabb.

b) Végleges és biztos gyógyulást ad és épen azért feltétlenül helyén való a R. kezelés a bőrnek nagy, sőt néha szerfelett nagy kiterjedésű rákos képleteinél, de csak akkor, ha a folyamat felületesen székel. Ezen megbetegedési formák alkalmasak a R. kezelésre akkor is, ha kifelé növekedve tekintélyesebb dimenziójú és nagy mélységű átmérővel bíró daganatokká alakúlnak. Tapasztalataink szerint ezek is gyógyúlnak, feltéve, hogy a rákos burjánzás még nem terjedt a mélyebb rétegekbe.

c) Mélyebbre terjedő rákoknál első sorban az operációs eltávolítást ajánljuk. Feltétlenül áll ez a kisebb kiterjedésűekre, a hol a R.-ezés kilátástalan kísérletezés számba megy, mely azt eredményezheti, hogy a műtetre alkalmas időpontot elmulasztjuk. Kivételt e tekintetben csak a nagyobb kiterjedésű képleteknél tennénk. Ezek ugyanis rendszeren olyan helyeken ülnek, a hol a kosmetikai szempont is szerepel és a hol a késsel való eltávolítás nagyobb fokú torzítások vagy kosmetikai hibák elkerülése nélkül nem remélhető. Ezen esetekben mérlegelendőnek tartjuk, vajjon nem volna-e célszerű a R. kezelésnek műtéti beavatkozással való kombinált alkalmazása.

d) Indicált a R. kezelés teljesen inoperabilis daganatoknál.

e) Hasonlóképen azon esetekben, melyekben a műtét akár a beteg korára való tekintettel, akár azért, mert perhorrescálja azt, nem hajtható végre. Épen úgy helyén való akkor, ha elől ment műtéti vagy egyéb kezelések sikerteleneknek bizonyultak.

f) Nagyobb terrenumot biztosítanánk a R. sugarak post operationem alkalmazásának és pedig nemesak már fellépett recidivák esetén, hanem vagy még a sebgyógyulás időszakában, esetleg visszamaradt rákos szövet elpusztítására, vagy későbbben a teljes gyógyulás után prophylacticus eljárás gyanánt esetleges recidivák megakadályozása céljából.

g) Határozottan ellen javaltnak tartjuk, a R. kezelést a szájrüri nyálka-hártya rákjainál. Ezeknél a kezeléstől javulást nem látunk, sőt néha, főleg nyelv-rákoknál a folyamat súlyosbodását észleltük és ezért még a legkezdetlegesebb alakoknál is a radicalis műtéti beavatkozást ajánljuk.

Az indicációk felállításánál nemcsak a klinikai tényekre volt tekintettel, hanem azon szövettani vizsgálatokra is, melyek a R. sugaraknak a ráksejtekre gyakorolt pusztító hatását bizonyítják. Kitűnt ugyanis, hogy a ráksejtek egy sajátos degeneratio folytán tönkre mennek, mely hatása a sugaraknak annál feltűnőbb, hogy electiós módon nyilvánul, azaz, hogy ugyanakkor, mikor a dag. sejtek elpusztúlnak, a normalis hám ép marad. Hogy vajjon a ráksejtek degenerációja, vagy a kötőszövet lobja-e az elsődleges elváltozás, a fölött még eltérők a nézetek.

MARSCHALKÓ tanár vizsgálatai is a ráksejteknek primarius sérülése mellett szólnak, de e mellett azt is bizonyítják, hogy már igen korán, egyidejűleg a ráksejteken mutatkozó degenerációs jelenségekkel óriási reactiók kötőszövetlob lép fel, a kötőszövet oedemásan átívódik, a véredények ki vannak tágulva, nagyfokú plasma-sejtekből és leucocytákból álló infiltratum fejlődik, melynek sejtjei behatolnak a rák-fészkekbe, és szétdűlják a már degenerálódott sejteket. M. tanár ezen szövettani elváltozások alapján a reactiók kötőszöveti lobnak legalább is olyan fontos szerepet hajlandó tulajdonítani a rákos szövet tönkremenetelében, miut a rák sejtek primarius laesiojának.

Ezen pusztító hatás a ráksejtekre nem érvényesül minden esetben egyformán. A különböző daganatok különböző viselkedésénél két tényező jön számításba. Először a fény intenzitásának a mélybe terjedéssel járó csökkenése, mely oly nagy fokú, hogy aránylag kicsiny a mélység, melybe már a sugaraknak physiologicus hatásukat még épen kifejteni képes minimuma sem jut. Ez a körülmény magyarázza, hogy miért nem jár eredménnyel a mélyebb fekvésű carcinomák R.-ezése. E mellett tekintetbe veendő, az egyes szöveteknek sensibilitása a sugarakkal szemben. Minden jel arra vall, hogy a rákdaganatok, tehát ugyanazon heterotypiát mutató szövetek is különböző érzékenységgel reagálnak a sugarak behatására. Hogy ez miáltal, a sejtek melyik chemiai, illetőleg biológiai tulajdonságai által van feltételezve, azt egyelőre nem tudjuk.

Többször felmerült az a nézet, vajjon lehet-e a rákok szövettani szerkezete és a R. fényvel való viselkedésük között valamely összefüggést megállapítani. E kérdés feltevői főleg azon újabb rák-elméletből indultak ki, mely a daganatokat histogeneticus alapon osztályozza, a mennyiben a basalis sejtekből eredő rákokat, melyeknek leggyakoribb képviselője a bőrrákokra vonatkozólag az ulcus rodens, élesen elválasztja a tövises réteg sejtjeinek megfelelő sejtekből álló rákoktól, melyeknek legközönségesebb klinikai formája az úgynevezett cancrioid. Legutóbb a „Budapesti orvosegyesület“-ben RÓNA tanár vetette fel újból ezt a kérdést, mert szerinte a therapia meghatározását lényegesen megkönnyítené az, ha bebizonyúlna, hogy „speciell a bőrrákoknál bizonyos histológiai szerkezetnek átlag bizonyos

klinikai jelleg és lefolyás felelne meg“. Ekkor ugyanis feltéve, hogy e viszony histológiai szerkezet és klinikai sajátosságok közt a R. fénynyel való viselkedésre vonatkozólag is fennáll, esetleg „csekély probaexcisióval eldönthetnők azt a kérdést is, hogy mely rákféleségeket foglalhatja le magának a radiotherapia“. Nem akar belemenni annak megvitatásába, hogy mennyiben jogosult a bórrákoknak ezen felosztása, de akkor, a mikor nagyon objectív észlelők tartózkodnak az éles elkülönítéstől és kétségbe vonják létjogosultságát, és mikor tényleg felmerül az a kérdés, hogy a két daganatféleség különbözőképen viselkedik-e a R. fénynyel szemben, még sem zárkozhatik el annak felemlítésétől, hogy saját tapasztalatai szerint a két rákforma között ezen szempontból határozott különbséget tenni nem lehet.

Az általunk kezelt és gyógyult, illetőleg javult esetek között voltak typicus basalis-sejtű rákok, voltak spinocellularis carcinomák és úgynevezett spino-basocellularis alakok is. Minderről pontos szövettani vizsgálatok útján győződtek meg.

Gyér számú észleletei semmi esetre sem bírnak végleges következtetésekre feljogosító bizonyítékok jelentőségével, de mindenesetre felhasználható adatok annak megállapítására, hogy a basalis-sejtű és tüskéssejtű rákok közt a R.-fény iránti durva macroscopos viselkedésüket illetőleg nagy különbség nem létezik. A kezelés technikájára vonatkozólag tartózkodni kell a sorozatos ülésekben való gyógyítás azon módjától, melynél addig történnek expositiók, míg a reactio kezdeti tünetei nem jelentkeznek. Mindig egy, esetleg 2—3 egymásután következő ülésben adagoljuk a reactio előidézéséhez szükséges fény mennyiséget. A reactio foka tekintetében individualizálni kell a szövet és az egész szervezet részéről mutatkozó biológiai reactio tekintetbe vételével. Semmi esetre sem ajánlja a túlerős reactiók előidézését, mert ennél az ép szövet is többé-kevésbé sérül.

A kezelés közben néhány betegnél a szervezet részéről bizonyos reactiók tüneteket volt alkalma észlelni, mely tünetek intenzitása nagyjából a reactio fokával volt arányban és a melynek a kezeléssel való összefüggését az a körülmény is bizonyította, hogy föllépésük ideje mindig összeesett a R. hatás lappangási szakának végével. Hőemelkedés, bágyság, fejfájás, étvágytalanság az enyhébb esetekben képezték a tüneteket. Azonban némelykor súlyosabb jelenségek is léptek föl: hosszú ideig tartó rendetlen hőemelkedések, fehérje és cylinderek a vizeletben, hasmenés, hányinger, erythema a köztakarón, polynuclearis leucocytosis a vérben. Valószínű, hogy ezen súlyos általános reactio a szervezetnek intoxicációjá által van föltételezve, melyet a daganat-sejteknek szétesésekor képződő toxicusanyagoknak fölszívódására kell visszavezetnünk.

Sok fontos és érdekes részletkérdéssel jelen alkalommal nem akar foglalkozni. Előadása, a mely csak általánosságban van tartva,

nem tart igényt tökéletességre, de annyi kitűnik belőle, hogy a R. therapia ma már komoly tényezőként követel helyet a bőrrák gyógyításában.

Hozzászólás: MAKARA tanár a rákos daganatok RÖNTGEN-kezelését sebészi szempontból óhajtja kritikailag megvilágítani. Mielőtt a gyógykezelés módszereit bírálóok, nem hagyhatjuk figyelmen kívül, hogy a rák okára vonatkozó ismereteink, sajnos, még ma is teljesen homályosak. Dacára az eddigi vizsgálatok eredménytelenségének, nem zárkozhatunk el azon fölfogás elől, hogy a betegség mégis lehet parasitarius természetű. Lehet, hogy parazitái nem az eddig ismeretes betegségek okozók csoportjába tartoznak; de ha vannak, mindenesetre ezek indítják meg a rákra jellegzetes szövetburjánzást. Maguk, a rákos csikokat tartalmazó hámsejtalakulások a kifejlődés helye szerint különbözők lehetnek, úgy, hogy pl. a BUDA tanár úrtól bemutatott kettős rák-esetnél sem lehetetlen, hogy a cornealis rák volt az elsődleges, melyből csirák kerülhettek a véráram útján a gyomorba, itt is rákos, de más szövetalkotású daganatot, illetőleg fekélyedést hozva létre. Bárhogy áll a dolog, annyi bizonyosnak látszik, hogy a már kifejlődött rákos elváltozásnál, a fertőző agens a ráksejtekhez kötve marad, a sejtek tovanövekedése és továbbjutása a nedvárammal a rák elterjedésének okozója.

A gyógyítás föladata volna tehát ezen ráksejteket tökéletesen elpusztítani.

Az eddig gyakorolt sebészi módszerek ezt csak úgy tudják elérni, hogy az egész megbetegedett szervet vagy területet erőművel, vegyileg vagy hőhatás útján eltávolítják. Az eltávolításnál szükséges a lehetőség szerint 1—2 cm.-nyi távolban maradni a fölismerhető beteg területtől, mert tapasztalás szerint a microscopos betegséghatár túlhaladja a macroscopost.

Nem szükséges fejtegetni, hogy ezen schema csak durva empiriás, mely éppen nem nyújt biztosítékot az iránt, hogy így csakugyan eltávolítottunk minden rákosat. Ezt bizonyítják a gyakori úgynevezett „kiújulások”.

Csak örömmel üdvözlénék tehát első sorban épen mi sebészek, minden oly módszert, mely a rák-sejtekre specificeusan hatva, ezeket elpusztítaná, a többi szövet-elem épségben megtartása mellett, főleg ha ezen hatás érvényesülne azon ráksejtekre is, melyek a microscopos megbetegedési területre esnek. Az előadó úr által ismételve bemutatott esetek némelyikénél alkalmunk volt látni, hogy a RÖNTGEN-kezelés a bőrrákok bizonyos eseteiben képes a fent írt eredményt nyújtani. Láttunk tökéletesen gyógyult eseteket ideális cosmetikai eredménnyel, láttuk és hallottuk azonban azt is, hogy más esetekben nem tudtak a bőrrákoknál sem teljes gyógyulást elérni. Hallottuk, hogy másnemű, mélyebben fekvő rákokra, a kezelési mód

rendszerint hatástalan maradt, így a száj nyálkahártya rákok sem mutattak e kezelés módra javulást, sőt gyakran a kezelés ideje alatt rosszabbodtak, mirigy metastasisok fejlődtek.

A bőrrákok első csoportjánál elért sikerek teljes mértékben megérdemlik figyelmünket és elismerésünket, úgy, hogy nem osztom BERGMANN álláspontját, mely az ilyenmű kezelés jogosultságát megtagadja.

Sajnos, a rák gyógyításában a RÖNTGEN-kezeléshez fűzött remények ez ideig be nem váltak, mert ama, a bőr külső rétegében székelő laphámrákok, melyek a RÖNTGEN-kezeléssel meggyógyultak, a sebészi gyógyításnak is hálás eseteit képezték. Ha sebészi gyógyításuk a rákos szövetek lekanalazásából és a felület megégetéséből állott, a cosmeticus eredmények jók voltak, a nagyobb mérvű heges összehúzódás elmaradt. Ha ellenben a rák a bőr egész vastagságát átnötte, ráterjedt már a mélyebb képletekre, nem elégséges a felszínes operálás. Ilyenkor műtét után vagy mély és zsugorodó hegedést kapunk, vagy kénytelenek voltunk plastikai műtéteket végezni, hogy a cosmeticai eredményt többé-kevésbé javítsuk, e mellett a definitív gyógyulás esélyei is tetemesen rosszabbak, mintsem a felszínes rákok eseteinél. A RÖNTGEN-kezelésről meg azt halljuk, hogy ezek a rákok már teljesen meg nem gyógyíthatók ezen az úton. Még kevesebb sikert érhetünk el RÖNTGEN-kezeléssel a fénysugaraknak egyébként jól kitehető szájnálkahártya rákoknál, minők a pofa- és nyelvrákok, a melyeknél pedig sajnos, a műtėti kezelés eredményei is viszonylagosan legrosszabbak, tehát elsősorban kívánatos volna a sebészi kezelést mással helyettesíteni.

Bármennyire nem ideális tehát a rákok mai csonkító kezelése, mégis kénytelenek vagyunk jobb híjján ennél maradni. Az állandó gyógyulás kulcsa pedig marad a rák korai felismerése és kezdő időszakában való operálása.

A RÖNTGEN-kezelésnek még ott, a hol sikerrel alkalmazható is, meg van a kórházi gyakorlatra az a hátránya, hogy nagyon hosszadalmas, s így ha cosmeticus eredménye talán jobb is, ki vagyunk téve annak, hogy betegünk gyógyulás előtt itt hagy bennünket.

Nem hagyható figyelmen kívül egy és más esetben a reactio súlyossága sem, mely életveszélyes tünetekkel járhat.

Mindezek daczára véleményem szerint a rákok RÖNTGEN-kezelése teljes mértékben megérdemli a fáradságot a további tanulmányozásra, kilátásunk lehet a technika tökéletesedésével jobb eredményekre, a tapasztalatok bővülésével az indicációk pontos felállítására, a kezelés kellemtlen mellékhatásainak biztosabb elkerülésére, vagy enyhítésére.

Mindig is voltak és lesznek betegek, kik a műtétől aanyira

irtóznak, hogy rákos-betegségükkel inkább a kuruzslókhoz fordulnak, vagy eddig a különböző maró-pastákkal kezeltették inkább fekélyeiket. Azt hiszem, épen ezen betegeknél a RÖNTGEN sok sikerült gyógyítást érhet el s a betegeket a kuruzslóktól el fogja szoktatni.

A carcinomák RÖNTGEN-kezelése mellett fel kell említeni a RÖNTGEN-therapia sikereit némely sarcomaféleségekkel szemben. Az eddigi közlések szerint főleg a bőr- és mirigy-sarcomák, szövet alkotást illetőleg az alveolaris és lymphosarcomák zsugorodnak, sőt gyógyúlnak a RÖNTGEN-kezelésre, míg a fasciák és izmok sarcomái nem javúlnak.

Ha a RÖNTGEN-kezelés a mirigy-sarcomák kezelésében csakugyan beválik, ez maga is megbeesülhetetlen sikert jelentene.

ELFER ALADÁR dr. MAKARA tanár hozzászólására vonatkozólag röviden útal a sensibilisálás által esetleg fejleszthető eredményekre. Nincs kizárva szerinte, hogy a szövetek fény iránti érzékenységének ilyen módon való fokozásával a mélyebb fekvésű rákoknál is érvényesülni fog a R.-sugarak gyógyító hatása. A recidiva-mentességet, illetőleg a három évi terminust teljesen önkényesnek tartja, azt sem tudjuk biztosan, hogy mi a recidiva oka. A mi pedig az idiosyncrasiát illeti, úgy azt hiszi, hogy általános biológiai tételeink annak felvételére kényszerítenek a R.-sugaraknál is és létezéséről a R.-fénynyel foglalkozó lépten-nyomon meggyőződhetik.

SZABÓ tanár úgy tartja, ha van idiosyncrasia a R.-sugarakkal szemben, úgy az legfeljebb óvatosságra kell hogy intse a vele foglalkozókat, de nem akadály az alkalmazásánál. A legkisebb mennyiség alkalmazása és fokozatos emelése, a szervezet magatartása ellenőrzésével sokszor meg fog óvni a kedvezőtlen tapasztalásoktól, mint megóv mérgek gyógyszerként való adagolásánál a mérgeztéstől.

A recidiva kérdésében a tapasztalat azt mutatta, hogy a tökéletlen műtétek által megbolygatott szövetekben kiújulás többnyire gyorsan fejlődik, bár késői kiújulás nincs kizárva. A német nőgyógyászok közmegegyezés alapján öt évig elmaradt kiújulás esetében a rákot gyógyúlnak tekintik. Ma a ráknak okozóját nem ismerjük, tehát a természetéről sem alkothatunk képet, de nem tartja kizártnak azt az eshetőséget sem, hogy úgynevezett késői kiújulás tulajdonképpen új rák megbetegedés. S mint kivételesen a szervezetnek bizonyos védelmet nyújtott fertőző bántalmak, fellépnek kivételesen másodsor is ugyanazon egyénben, úgy ezt a lehetőséget a ráknál sem vonhatjuk kétségbe.

MARSCHALKÓ tanár nem lát ugyan a R.-kezelésben egy minden esetben feltétlenül célhoz vezető gyógyító eljárást, de saját tapasztalatai alapján nagy jelentőséget tulajdonít e kezelésnek a bőrrákok gyógyításában. Az eredmények sokszor kifogástalanok,

különösen a felületesebb folyamatoknál. A mélyebb képleteket egyelőre nem tudjuk kedvezően befolyásolni. De meg van róla győződve, hogy a technika tökéletesedése és a szövetek érzékenységének emelése (sensibilisatio) ebben az irányban is fog haladást eredményezni. Idiosyncrasiát a bőr részéről nem vesz fel, a mely nézete összhangban van radiotherapeuták legnagyobb részének nézetével. A klinika nagyszámú eseteinél soha sem volt alkalma nagyobbfokú synerasiát a bőr részéről észlelni.

BUDAY tanár felemlíti, hogy az art. pulmonalis ágaiban egyesek rákemboliákat mutattak ki s úgy látszik, hogy a különböző szöveteknek más és más az ellenállóképességük a ráksejtekkel szemben s ez is a rák parasitarius természetete mellett szólana.

MAKARA tanár ELFER tagtárs úrnak az ő felszólalására vonatkozó megjegyzéseire és kérdésére vonatkozólag újra szót kér. A mi ELFER azon megjegyzését illeti, mintha ő azt mondta volna, hogy a mélybe terjedő rákok a késnek sem hozzáférhetők, ez félreértésen alapúl, mert ő csak azt mondta, hogy épen a mélybe terjedő bőrrákoknál és azon szervek rákféleségeinél, melyekkel szemben a sebészi kezelés sikerei nem kielégítők, volna kívánatos olyan módszer, mely jobb eredményeket ad. Sajnos, épen ezen rákfajknál a R.-kezelés cserben hagy.

Azért ma a rákgyógyítás körül elért sikerek attól függenek, milyen korán ismeri fel a gyakorló orvos a carcinomát és ehez képest mikor utasítja a sebészhez betegét.

A reakciók súlyos eseteit illetőleg, igenis azon véleményben van, hogy a tapasztalás ezen a téren elkerülhetővé teszi az esetek többségében a súlyos általános tüneteket, mert e nélkül a problematikusabb értékű R. módszer indicatiója és a kísérletezés köre még inkább összezsugorodnék. A mi a recidiva kérdését illeti, véleménye szerint a bemutatott gyógyútlak látszó bőrrákok véglegesen gyógyúltak voltak, mert a lapos bőrrákok sem helybelileg, sem a mirigyekben nem szoktak kiújulni.

A carcinomák sebészi kezelése körül szerzett tapasztalatok alapján az a véleménye, hogy az úgynevezett recidivák a műtételnél visszamaradt rákesirák tovább, vagy újanövekedése folytán támadnak. Még a több év múlva észlelt recidivák sem új carcinomás megbetegedések, hanem valószínűleg a műtétel idején fejlődésükre alkalmatlan helyen volt, vagy ebben megakadt rákesirokból támadnak, ha azok valamely külső behatásból, vagy ma még ismeretlen okból mintegy új életre támadnak. Azért is véleménye szerint a radicalis gyógyulásnak három vagy öt évi időhöz kötött feltétele teljesen önkényes, mert ezen időn túl is észleltek kiújulást. A nem sikerült műtétek után, t. i. mikor a növekedésben levő rákos gócz valamely részlete visszamarad, a kiújulás gyorsan bekövetke-

zik, ez nem is kiújulás, hanem egyszerűen tovább növekedése az ott maradt ráknak, akár helybelileg, akár a regionalis mirigyekben. A carcinomák újabb, radicalisabb műtévéseinek sikere éppen abban nyilvánul, hogy ezen fejlődésben levő rákos csirokat jobban sikerült eltávolítani, míg a késői recidivákkal szemben a sebészeti módszerek biztosítékot nem nyújthatnak; itt ismét a rák korai felismerése és műtévése látszik a legfontosabbnak.

KANITZ HENRIK dr. Az idiosyncrasiára vonatkozólag azt hiszi, hogy a R.-sugarak hatásának megítélésénél kétféle idiosyncrasiáról kell beszélni, a bőr részéről és az egész szervezet részéről jelentkező idiosyncrasiáról. Előbbinek létezését olyan értelemben legalább, hogy egyik-másik bőr a R.-sugarak behatását egyáltalában nem tűri, azaz hogy azoknak behatására súlyosan károsodik, nem tartja valószínűnek. Elismeri, hogy egyéni ingadozások léteznek, de szigorú értelemben vett idiosyncrasiát sohasem tapasztalt, dacára annak, hogy több száz expositiót végzett. HOLZKNECHT, KIENBÖCK és mások, kik még nagyobb beteg-anyag fölött rendelkeznek, szintén tagadják a bőrnek idiosyncrasiáját a R.-sugarakkal szemben. A szervezet részéről úgy látszik, inkább lépnek fel idiosyncrasiára valló tünetek. HOLZKNECHT psoriasis, favus, hypertrichosis miatt RÖNTGEN-czett betegeknél is észlelt általános intoxicációs jelenségeket, tehát nem rosszindulatú daganatok RÖNTGEN-czésekor, melyek normálisan is termelnek szétcséjük alkalmával mérgező anyagokat. Mindezt még közelebbről kellene tanulmányozni.

Magyar Orvosi Társaság