

Jegyzőkönyvek

az „Erdélyi Múzeum-Egyesület” orvostudományi
szakosztályából.

XIV. szakülés 1907. évi október hó 5-én.

Elnök: PURJESZ ZSIGMOND.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. KENYERES BALÁZS előadása: *»A színes fényképezés módszereinek, különösen a legújabb Lumière-féle eljárásnak ismertetése.* (L. Értesítő 149—156. l.)

DR. VERESS ELEMÉR hozzászólásában röviden ismerteti atyjának, VERESS FERENCZ-nek színes fényképezési eljárását. Az eljárás lényege az, hogy különböző fémnitratok és chloridák oldatából celloidina közvetítésével emulsió készül, a mely üvegen vagy papiroson stb. megszáradva, a színek iránt érzékeny. A kísérletek kezdetben egy-egy fémchloriddal és ezüstnitrattal páronként tétettek meg. Ily anyagpárral készült celloidinás emulsió alkalmazásakor feltűnt, hogy az egyes fémchloridák szerint más és más színű képeket lehet kapni. Így pl. caleiumchlorid barna, magnesiumchlorid szürkés, cadmiumchlorid feketés-ibolyás, lithiumchlorid rózsabiborszínű képeket adott. Ha többféle fémchloridot és ezek mellett fémnitratokat a collodiumban ezüstnitrattal hozunk össze, a spectrum összes színei iránt érzékeny emulsiót kapunk. A kísérletek végre nagyon bonyolult összetételű emulsiók összeállításához vezettek. Jó színes képet adó emulsióban az ezüstnitraton kívül uranium-, strontium-, kalium-, plumbum- és ammoniumnitrat, továbbá caleium-, cadmium-, stannum- és lithiumchlorid is van. A nitratemulsió és a chloridemulsió külön-külön készíthető el s azután a kettő összeöntendő. A keveréssel bevont papiros vagy üveg szétszórt nappali világosságon szárítandó és mikor már megszáradván, sötét szürkés-barna színt vett fel, a színek iránt, és pedig a *fehér* iránt is, érzékennyé vált. Az expositio, a színes megvilágítás egyszerűség kedvéért úgy történik, hogy az érzékeny lemezt a kereskedésben kapható színes üvegfestmény, vagy más, átlátszó lemezre készült színes diapositiv alá

tesszük, közönséges másoló keretben, melyet aztán a napfényre állítunk. A színes diapositiv alatt a színek iránt érzékeny lemez a megfelelő színes megvilágításban részesül és az illető színt fölveszi.

A színes fénykép előállításához tehát itt semmiféle fényszűrőre és külön fűrődőkre nincs szükség; a kép közvetlenül, a legegyszerűbb expositiói föltételek mellett készül el. A színes megvilágítás különben a fényképező kamrában, az objectiv által természetes színben lerajzolt kép segítségével is lehetséges volna, a közönséges fényképezési eljáráshoz hasonlóan. Mivel azonban az emulsió érzékenysége e szempontból nem kielégítő, a módszernek ilyen gyakorlati alkalmazásáról még nem lehet szó. Az emulsióval üveg vagy film is bevonható, tehát, ha az érzékenység nagyobb volna, a fényképező kamrában, színes diapositivot lehetne készíteni, mely a színek iránt érzékeny papirosra korlátlan számban másolható. A Lumière-féle eljárással a másolás egyelőre nem lehetséges; minthogy azonban itt a fény, illetve az érzékenység nagyobb, a kétféle módszer egymást kiegészíti.

A VERESS FERENCZ-féle módszernek hátránya, hogy aránylag hosszú expositióra, színes megvilágításra van szükség, míg a színek a kellő intenzitásban jelentkeznek, továbbá, hogy a színek tónusa és élénksége a másolt színes diapositiven látható viszonyokkal nem egyezik tökéletesen, végül, hogy az emulsió összetétele nagyon bonyolult. A tökéletesítés azonban lehetséges. Míg pl. ezelőtt 20 évvel 5–6 heti megvilágításra volt szükség, hogy színek egyáltalán jelentkezzenek, addig az újabb kísérletekben erre már $\frac{1}{4}$ – $\frac{1}{2}$ órai idő elegendő volt. Az érzékenység növekedésével karöltve, a színek is élénkültek és a reprodukálás is hívebbé lett. Valószínű tehát, hogy a javítás még tovább is haladhatna, mindkét szempont érdekében.

A színes fényképek rögzíthetők is, ammoniakot tartalmazó vizes alkoholban.

Az eljárás a többiek között teljesen magában áll és az egyedüli, a mely tisztán vegyi úton, a legközvetlenebbül törekszik a czél felé.

2. GÓTH LAJOS dr. Vaginalis császármetszés esetét mutatja be, melyet két nap előtt a terhesség 32. hetében fellépett eklampsia miatt végzett. Az illető V. Gr. nőnél közvetlenül a klinikára szállítás előtt állítólag kétizben volt rángógörcsökkel járó roham. Intézetbe hozatala napján egy rövid attaque, amely azonban bemutató szülőszobára érkezétségéig elmúlt, coma nem volt. Vizelet kevés (részben maga alá bocsátotta), concentrált. Centrifugált üledékben sok szemcsés henger, hyalin cylinder és elzsírosodott veseepithal. Tejediaeta. Délután 35°–45°-ig emelt félórás fürdő után Jaquet-bepakolás, mérsékelt izzadással. Eklampsias roham nem ismétlődik. Másnap délelőtt fürdő-bepakolás. Délután 2 órakor 1 félperczes roham,

utána mérsékelt somnolentia kb. 15—20 perczig. 0·01 morphium-subcutan. Fürdő-bepakkolás. Délután $\frac{1}{2}$ 7-kor előjelek nélkül roham, utána mély comával, mely alatt 1 órán belül még 8 roham (újabb két morphium inj. mellett). Pulsus 120. Előkészület szüléshez. Chloroform narcosis. Feltárás tükrökkel. Lehúzás 2 old. méhszáj széleibe akasztott Muzeux-kel. Melső hüvelymetszés hossz. irányban méhszájtól hüv. közepéig. Hólyag feltolása. Melső cervixfal felhasítása. Burokrepesztés. Lábrafordítás. Extractió (kar és fej kifejtés). Magzat erősebb livid asphyxiában. Schultze, majd felmelegítés, bőringerekre magához tér. Az eiső tükörbevezetéstől magzat megszületéséig 12 percz telt. Utána mérsékelt atonia. Lepény expressiója, ergotin inj. Méhüreg tamponálása. Cervixfal egyesítése catgut esomós varratokkal. Majd hüvely hasonlóan ellátva. Pulsus 120.

Gyermekágyasnál kb. 2 órával műtét után kezdődőleg reggel 8-ig, állandó comában 24 roham (5 morphium injectió à 0·01 gramm), délelőtt még egy roham, délután és bemutatás napján roham nem ismétlődött.

Hőmérsék műtét utáni reggelen 39·8°, pulsus 140

" " délután 40·0°, " 156

vasárnap reggel 39·9°, " 144.

Coma még tart, de a gyermekágyas nyel, lassanként két csésze tejtet sikerült beadni. Meggyújtott 24 órás vizeletmennyiség.

Az újszülött 46 cm. — 2100 gramm couveuse-ben elég jól lélegzik és táplálkozik. Végül előadó az eklampsia mibenlétének teoriáit, a rángógöresök esetében végzendő sectió caesarea vaginalis közelebbi indicatiót, az eredeti DÜHRSEN- és BUMM-féle műtéli eljárás technicáját ismerteti.

XV. szakülés 1907. évi október hó 12.-én.

Elnök: PURJESZ ZSIGMOND.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

1. SÁNDOR ISTVÁN dr. hasfali tumorban eltokolt idegen testet mutat be. Az 51 éves nőbeteg 1907 X. 5.-én a panaszszal kereste fel a MAKARA tanár vezetése alatt álló sebészeti klinikát, hogy februárius óta, a midőn is egy hónapig tartó obstipációval járó lázas betegségen ment át, bal hypogastriumában ökölnyi tumor van jelen, mely nem növekedik, testi munkánál fájdalmakat okoz. A lesóványodott nőbeteg bal hypogastriumában ökölnyi, kemény, a hasfal mélyebb rétegeivel összekapaszkodott tumor volt jelen, mely sem a colon sigmoideummal, sem a genitáliákkal nem függött össze. A műtét a csepleszszel és a ligamentum latum, illetve teres utorival összekapaszkodott daganat kiirtásából állott. A ludtojásnyi daganat VESZPRÉMI magántanár vizsgálata szerint heges kötőszövetből volt alkotva, melynek közepén egy 5 cm. hosszú, 2 mm. széles, 1 mm.

vastag, két végén kihegyezett csontdarabka volt, kevés mállékony sarjszövetből burkolva. Mindezek szerint egy, a colon sigmoideumot 8 hó előtt perforáló csontdarabkáról van szó, mely a peritoneális izzmányban hegesen eltokolódott. A beteg 4 nappal a műtét után láztalan, a seb reakciómentes.

2. SÁNDOR ISTVÁN dr. a RICARD-féle altatókészüléket mutatja be, mely a REGNIER—DUPONT-féle készülék módosítása. Megemlékezik PAUL BERT és a londoni chloroform-comité megbízásából végzett vizsgálatokról, a melyek kiindulását képezik az utóbbi években szerkesztett altató készülékeknek, melyek szerkezeti típusát előadó 3 csoportba sorolja. Ezután a RICARD-féle altatókészülék szerkezetét és a vele való bánásmódot ismerteti. A készülék előnye 1. hogy vele a beteg légzésének kontrollálása könnyű, 2. vele pontosan dosierozott chloroform levegőkeverék adható s így az előírt útasítások betartása mellett az asphyxia kikerülhető, ennél fogva 3. főleg ott is kitünő szolgálatot fog tenni, a hol az altatást kevésbé gyakorlott altatóra, esetleg laikusra kell bízni.

3. GYERGYAI dr. a skleromának egy kevésbé kifejezett esetét mutatja be, kinél a jobb hangszálag alatt kis növedék volt jelen és a choana septumon borsónyi granula, egyébként elég normalis viszonyok: orrszárnyak puhák, légyszájpad felhúzva nincs. Endolaryngealisan eltávolított növedék tipikus skleroma szöveti képét mutatta. GYERGYAI dr. reámutat arra, hogy 1 $\frac{1}{2}$ év alatt Kolozsvárt ezenkívül még 5 skleroma esetet volt alkalma látni, melyeknél a HEBRA-féle jel, az orrszárnyak keményedése mind jelen volt. A skleroma vizsgálók azonban csak kisebb részében az eseteknek találták az orrszárnyak keményedését, MAYER (Graz) pl. csak 4%-ban. Némi valószínűséggel arra gondolhatnék, hogy a kolozsvári klinikán másfél év alatt észlelt könnyen felismerhető 5 eseten kívül a környéken még jelentékeny számú a 6-ikhoz hasonló nehezebben diagnosztizálható skleroma beteg van, kik mint ilyenek, felismerve nincsenek.

4. DR. KANITZ HENRIK 2 *rhinoscleroma* esetet mutat be a bőrgyógyászati klinikáról. E két esettel együtt az utolsó 10 évben — csakis a fekvő betegeket véve tekintetbe — 9 rhinoscleroma esetet észleltek a klinikán. Ezek az adatok is mutatják, hogy Magyarországon rhinoscleromás terület és hogy különösen Erdélyben aránylag gyakran fordul elő ez a betegség. A 9 észlelt eset — egynek kivételével, mely Máramarosmegyéből való — Erdélyből származik.

5. GÉBER JÁNOS *dermographismus* esetét mutatja be.

XVI. szakülés 1907. évi október 19-én.

Elnök: PURJESZ ZSIGMOND.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

1. KANITZ HENRIK demonstrálja a múlt szakülésen már bemu-

tatott egyik rhinoscleromás betege scleromájából készült metszetét, mely a biztos kórismét megerősíti.

2. BUDAY KÁLMÁN embolia által okozott teljes veseelhalás készítményét mutatja be; az eset érdekességét fokozza az, hogy már a belgyógyászati klinikán való észlelés alatt a fellépő vesevérzésből a veseinfarctus kórisméje felállított. Az 50 éves férfinál az aorta-billentyűk elégtelensége és szívizomhegek miatt mindkét gyomrocs nagyfokú tágulata fejlődött, sok falithrombussal a csúcsi részben. A bal veseburok erős vérbeszűrődés által megvastagított, épígy a hilus körüli zsírszövet is vérzéstől feketés-vörös, sőt a vesekelyhek nyálkahártyája is kiterjedten vérzések. Ellentétül ezen sötét környezethez, maga a vese halvány, fakó sárga, száraz, agyagszerű, tehát a vértelen infarctus képét nyújtja, annak jellegzetes tömörségével; mindössze 3 kis területen van magában a veseállományban is ék-alakú vérzés. A bal veseverőér törzsét alvadék dugaszolja el, a mely központi részében ellágyult, széli részei barnásan festenyzettek s erősen az érfalhoz tapadnak. A burok- és hilusvérzés nyilván az oldalagos verőérágakból eredt (mellékvese és ágyéki verőerekből), s feltehető az is, hogy a vizeletbe jutott vér nem annyira a veséből magából, mint a vérzések vesekelyh-nyálkahártyából származik. Bemutatja végül KENYERES tanárnak a veséről készített színes fényképét, a mely az eredeti színelkülönbségeket még élénkebben mutatja, mint maga a kissé elfakult készítmény.

Hozzászól ELFER ALADÁR.

3. GÉBER JÁNOS bemutat a) *sclerosis tonsillae*-t egy 12 éves leánynál, b) súlyos és nagy kiterjedésű terciarius bujakóros elváltozásokat és rámutat ezen esetek kapcsán Erdélyben a syphilis endemiás elterjedésére.

4. GÓTH LAJOS előadása: „Új kézfogás a szülés utáni (atoniás) vérzések kezelésére“ címmel. Megjelent a Gyógyászat 45. számában.

XVII. szakülés 1907. évi október 26-án.

Elnök: UDRÁNSZKY LÁSZLÓ.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

1. DR. VERESS FERENCZ Sclerodermia két esete.

Már a legrégebbi időkben ismeretes volt, hogy némely egyén bőrének egyes részei minden kimutatható ok nélkül deszkakemény-ségüekké válhatnak, mely jellemvonásuknak megfelelőleg *sclerodermiának* nevezett bőrbetegség áll elő. Ettől egészen különálló bántalom az újszülöttek *scleremá*-ja, mely az egész bőrtakaró kemény beszűrődésében nyilvánul és mindig halált okoz. A tulajdonképeni sclerodermia *diffus* és *körülírt* alakra (morphoea) oszlik, melyek egy és ugyanazon bajnak csak különböző fokozatai, nem pedig, mint

még sokan gondolják, egymástól független, eltérő lényegű bántalmak. Ugyancsak résztünete a sclerodermiának a *sclerodaktylia* is, a mennyiben észlelték már ennek átváltozását, diffus, universalis sclerodermiává.

A ritkább betegségek közé tartozik, bőrklinikánkon az utóbbi 10 év alatt mindössze három sclerodermiát és két sclerodaktylia esetet észleltünk. Egyebek közt ez a körülmény indít arra, hogy a jelenleg észlelésünk alatt álló két esetet bemutassam.

Mindenekelőtt néhány szóval jellemezni óhajtanám a szóban forgó betegséget általában. A mennyire megállapítható, az esetek egy részében *prodromalis* tünetek előzik meg a bőr infiltrációját és pedig vagy általánosak — mint pl. láz, gyengeség, étvágytalanság — vagy helyiek, aminők erythemák, paresthesiák vagy táplálkozási zavarok (rhagasok stb.).

Ezeket az elváltozásokat nyomon szokta követni a bőr körülírt *oedemája*, mely lassanként *indurálódik* s ezzel a dermatosis tetőfokát érte el. Ilyenkor a megtámadott bőrterület viaszszínű, feszes, fénylő, síma és különböző mértékben megkeményedett. Rendszerint szimmetriásan lép fel többnyire a végtagokon és „törzsen“; az egyes foltok merev, éles határuak s felszínük kissé a környezet niveauja alá sülyed, miáltal két szomszédos plaque közötti ép bőr puha, kiemelkedő sávokat alkot.

Consistentiáján kívül a sclerodermiás bőr normális színe is megváltozik és pedig vagy pigmentszaporodás áll be, vagy ellenkezőleg depigmentatio, mely utóbbi a gyakoribb eset. Néha halvány ibolyaszínű sáv (lilac-ring) övezi a megkeményedett területeket.

A localisatiótól függőleg különböző subjectív tüneteket észlelünk. A fájdalom és feszülés érzéséhez működési zavarok járúlnak hozzá, ha pl. a száj, szem környezete, vagy ízületek és a mellkas bőre keményedik meg.

A bőrmirigyek funkciójában is változások állhatnak be, mire nézve az egyes észlelők megfigyelései lényegesen eltérők, a mennyiben épúgy találtak fokozott, mint csökkent mirigyfunktíót. A bántalmazott részek rendszeren alacsonyabb hőmérsékűek és néha érzéketlenebbek, mint az ép környezet.

Az induratiós stádium tartama változó lehet, hónapig, évekig tarthat, a míg a végső, atrophias állapot kifejlődik, a mikor is a bőr papírvékonyságúvá válik s a bőr alatti kötőszövet és zsírszövet sorvadása következtében egészen ráfeszül az alatta lévő izmokra, csontokra.

A sclerodermiás bőr szövettani szerkezetére minden egyes esetben jellemző a collagenszövet megszorodása, a mi a fix kötőszöveti sejtek burjánzásával karöltve szokott járni. Az epithel elváltozásai közül gyakori a tövises réteg atrophijája, vagy pedig a papillák sorvadása következtében egyenes szalaggá való átalakulása.

A ruganyos rosthálózat tömöttebb, szálai vastagabbak, egyenesebb lefutásúak, esetleg szakadozottak. A vérerek körül infiltrációk és kötőszövetzaporodás léphet fel.

A baj valódi oka még teljesen ismeretlen előttünk, bár alig van betegség, melylyel összefüggésbe nem hozták volna. Annyi bizonyos, hogy számtalan feljegyzés van az irodalomban, melyek szerint meghülés, fagyás, egyszóval gyors lehülés után fejlődött ki sclerodermia. Az orvosok legnagyobb része ma angio- vagy tropho-neurosisnak tartja, a mely feltevést a tünetek és a bántalom elhelyeződése leginkább támogat.

A kezelés külső és belső lehet. Előbbi puhító kenőcsök, masage és forró fürdők alkalmazásából, utóbbi arsen, salicyl stb. adagolásából állhat. Sokan jó hatást értek el thyosinammal, újabban pedig fibrolysin injectiókkal. Specifikus szer ellene nincs, de szerencsére a legtöbb eset önmagától is hosszabb-rövidebb idő múlva megszokott gyógyúlni.

Eseteink a következők:

1. *Mihucz Gligor* 41 éves, gk. nős napszámos 1904 áprilisében vétetett fel a belgyógyászati klinikára, a mikor is előadta, hogy 1903 deczembere óta egyre jobban feszül és fáj a bőre, különösen karjain és lábain. Akkori kórtörténetének tanúsága szerint a bőr elváltozásai annyira megegyeztek a mai statussal, hogy felesleges annak idézése. A bőrklinikára f. é. október hó 22-én vétette fel magát. Az anamnesisben csak egy érdekes adat található, t. i. az, hogy a betegség első tünetei fellépését megelőzőleg, hetekkel előbb egy hideg téli napon, fáradságos munka után izzadt testtel fütetlen istállóban aludt egy éjjelen át, s mire reggel felkelt, annyira meg volt dermedve, hogy marháit megetetni sem tudta. Egy hétig ágyban fekvő beteg volt és pár héttel később kezdett bőre egyes helyeken megkeményedni. Anyját nem ismerte, atyja egészséges volt, 58 éves korában halt el; egy testvére él, egészséges. Mérsékelt alkoholista. A belső szervekben semmi rendellenes elváltozás nem mutatható ki.

A köztakaró egyes részein, nagyjából részarányosan és pedig a két vállcsúcson, a felkarokon, alkarokon mindkét könyökhajlat kivételével a kéztőizületig, továbbá az inguinalis tájak kihagyásával a czombokon, alszárakon köröskörül s a hát, mellkas és hasfal legnagyobb részén a bőr éles határokon belül sajátságosan elváltozott; felülete síma, feszes, tapintata helyenként csak gyengén infiltrált, de a bántalmazott területek legnagyobb részén majdnem porckemény, ránczokba nem szedhető. Utóbbi sajátsága legszembetűnőbb az ízületek felett és ott, a hol a bőr, miként az alszár és alkar alsó részében és a lábfejen, csontokon, inakon fekszik. A kóros részletek hatása helyenként olyan éles és kemény, hogy centripetális irányú tapintásnál azt a benyomást kelti, mintha egy ruganyos kartonlap szélét tapogatnók.

Nevezett területek bőrének színe általában vöröses, helyenként lilás, szederjes vagy halvány sárgás, viaszszínű és fényű vagy végül barnásan pigmentált. A beteg részek felszíne a vállcsúcsokon, a hason és a jobb lapoczká tájon kissé a környező bőr niveauja fölé emelkedik, vagyis megvastagodott, máshol ellenkezőleg kissé be-süppedt.

Látszólag ép területek az egész fej, arcz és nyak bőre, a könyök hajlatok, tenyerek, kéz újjak, a jobb olekranon, mindkét patella környéke és a térdhajlatok, a talpak külső része, az alhas és a bal mellkasfél egy része, a két hónaljárok és a mellkas mellső oldalának felső fele, a farpofák egy része, végül egyes sávok a lapoczkák táján és a hát többi részén. Azok az ép területek, melyek beteg részek közé ékelődtek, így pl. egy sáv a háton s a két könyökhajlat, kissé szederjes színben tűnnek fel és jól látható tágult vénákat tartalmaznak.

Spontán fájdalma a betegnek csak két kéztőizülete felett és mindkét talpában van. Ezeken kívül csak végtagjai mozgatása okoz neki fájdalmakat az ízületeket fedő bőrben.

A vizsgáló kéz a beteg területeket valamivel hidegebbnek érzi, mint a környező ép bőrt.

A tapintási érzékenység a megtámadott részeken általában változatlan és csak a két boka- és kéztőizület táján, valamint a talpon csökkent, mint a hol a bőr legerősebben feszül.

Jelenleg a makk és praeputium bőre szintén megkeményedett, utóbbi nyílása megszőkült annyira, hogy fel nem húzható; alóla pedig genyes váladék ürül. Inguinalis mirigyvei multiplex módon beszűrődtek, minélfogva lehetetlen egyelőre eldönteni, hogy a genitáliák nevezett részén szintén scleroderma avagy syphilitiszes scleroma fejlődik-e.

2. *Kozma Moisze* 45 éves gk. várhelyi (Hunyadm.) születésű, paucsenesdi nős földműves f. é. okt. 15-én jött be klinikánkra. Szülei előtte ismeretlen betegségben haltak el, egy testvére és két gyermeke él, egészséges. Syphilitiszes nem volt, alkoholt mérsékelten fogyasztott.

2—3 évvel ezelőtt a jobb boka-táj mellső felén a bőr kissé megduzzadt, de nem fájt: majd a másik láb ugyanazon része kezdett megduzzadni, később, különösen melegben, kissé viszketett, fájt és megkeményedett a bőr, miközben folyton terjedt a baj, míg ezelőtt egy évvel már az alszárak töve is megkeményedett. Jelenleg a legerősebb hajlításnál, vagy feszítésnél sincsenek fájdalmai.

Középtermetű, jól fejlett és táplált egyén bokatájain köröskörül a lábfejekre ráterjedőleg síma, feszes, fényes és igen kemény tapintatú a bőr. A talpak, valamint a lábfej szélén 1—2 haránt újjnyi terület teljesen ép és élesen határolt. Mindkét alszár alsó kétharmadát szintén síma, fénylő, feszes, vékony, de nem ép olyan ke-

mény bőr fedi. A bántalom határa felfelé a térdizület alatt 3—4 harántujjnyira van, de annyira elmosódott, hogy a keményedett bőr szinte észrevétlenül megy át az egészségesbe. Az alszárakon a bőr vékonysága folytán a vénák igen jól áttűnnek, míg a bokák körül, a hol a bőr a legkeményebb és legvastagabb, a felhám repedezett és félig levált szarúlemezeketől borított. A jobb czomb mellső oldalának közepén egy újjnyi széles háromágú vonal alakjában, a has bal oldalán pedig egy koronányi kerek folt helyén szintén megkeményedett a bőr. Utóbbi terület barnás-vörösesen pigmentált. A bőr érzékenysége csökkent ezen a helyen, valamint a két boka külső alsó részén.

A két esetet különben MARSCHALKÓ tanár szövettanilag is feldolgozza és nemsokára közölni fogja, a mikor is érdemük szerint való méltatásban lesz részük.

2. STEINER PÁL dr: *Veseszűrés operált és gyógyult esetét* mutatja be. A 28 éves férfit 1 hó előtt éjjeli mulatozás közben sörös üveggel fejbe vágták s bal lumbalis táján megszürték. A mentők a beteget azonnal éjjel 3 órakor szállították be a sebészeti klinikára. Felvételnél a kissé collabált beteg eszméletlen van, a sérülés helyére lokalizált fájdalomról panaszkodik, érverése szapora, kis hullámú, percenként 104; hőmérséke 36·8°; légzése percenként 34. A bal lumbalis tájon 3 cm. széles, 1/2 cm.-re tátongó éles szélű szúrt seb. Betegnek nyugalmat és jégtömlőt rendelünk. Reggelre a betegnél erős haematuria jelentkezik, a mely délig még két ízben ismétlődött, a beteg collapsusa növekedett; pulsusa felületes, percenként 132. Tekintve a jelentkezett vérvizelést, a vesesérülés gyanúja bizonyosságot nyert s így a collapsusra és az ismétlődő bőséges vérvizelésre tekintettel, azonnal műtétet végzünk (MAKARA tanár). A műtét hátsó lumbalis metszésből a vese feltárásában állott. Ekkor a vese tokján áthatoló, a vese hátsó felszínét az alsó polus felett kb. 3 cm.-re érő, 1 cm. hosszú szúrt sebet találtunk, a melyet egy katgutvarrattal egyesítettünk, a vesét reponáltuk s köréje 2 gazeecíkot helyeztünk, az izom-bőrsebet szűkítettük s nyitvakezelést végeztünk.

A műtét utáni első 12 órában ürített vizelet még véres volt, azután a vizelet már tiszta, a melyben kevés polyuklearis leukocyta, 1/2‰ fehérje volt, de *vesealakelemeket nem találtunk*. A 3. napon már csak 1/4‰ fehérje volt a vizeletben, a 4. nap a vizelet úgy mennyiségileg, mint alakilag teljesen normalis volt. Így tehát a betegnél sem traumás nephritist, sem polyuriát nem észleltünk. A sebet nyitva kezeltük, naponta kötöttük s jelenleg már csak kis sarjadzó, tiszta sebe van.

Ezek után előadó a vesesérülések aetiológiájáról s tünettanárról szól, kiemeli, hogy a nyílt vesesérülések ritkák, az irodalomban eddig alig 60 eset ismeretes. A továbbiakban körvonalozza a se-

bészi beavatkozás javallatait és felhívja a figyelmet a konservatív eljárásra.

3. STEINER PÁL dr. *Medicinalis higanymérgezés két súlyos esetét* mutatja be. Az egyik esetben másutt alkalmazott antilueses 9 injectio után az egész jobb pofafélre, mandolára, szájpadrivra, szájfénekre s a jobb nyelvfélre terjedő bűzös lepedékes fekély jelentkezett szájjárral. A beteg a kezelési idő alatt száj- fogtoiletet nem végzett. A másik esetben phlegmonés alszáron s lábon kellő feltárás után alkalmazott sárga higanykenyőcsös kötések után mutatkozott akut higanymérgezés (szapora, felületes érverés, profus kólikás hasmenések) súlyos stomatitis ulcerosa, a mely a jobb pofafélre, szájpadra, gingivára kiterjedt és az alsó állkapocs részleges elhalására vezetett.

Hozzászól: MARSCHALKÓ TAMÁS, VERES FERENCZ, PAPP ERNŐ.

4. FÉLEGYHÁZI ERNŐ: Daganatképződéssel társult részleges óriásnövés esete. (L. Értesítő 157—167 l.) Hozzászól: ELFER ALADÁR.

5. KANITZ HENRIK dr. *psoriasis vulgaris* esetét mutatja be, melynek különösebb érdekessége abban rejlik, hogy a psoriasisos elváltozások egy a hasról a könyökre transzplantált bőrben léptek fel. Az eset a psoriasis pathogenesisé tekintetében nyújt értékesíthető adatokat.

PÉTERFI TIBOR előadása: „Szövettaní készítmények tömeges eltevésének egy új módjáról.“

XVIII. szakülés 1907. évi november 9-én.

Elnök: UDRÁNSZKY LÁSZLÓ.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

1. PURJESZ ZSIGMOND tnr. mellúri álképletben szenvedő beteget mutat be kiterjedt thrombosisokkal, de oedema nélkül.

2. STEINER PÁL dr: *Freyer szerint operált transvesicalis prostatektomia gyógyult esete.* A prostata túltengés sebészi gyógykezelése azóta haladt nagy lépésekkel előre, a mióta megdőlt a LANNOIS—GUYON-féle tan, a mely szerint a prostata hypertrophia az egész uropoetikus apparatus megbetegedésének, a prostatismusnak részjelensége, a mióta nem fogadjuk el, hogy minden prostatahypertrophiás beteg arteriosklerosisos. Bár ma sem áll előttünk tisztán a kérdés, miért teng túl a dűlmirigy oly gyakran az öregkorban, bár a számos felmerült magyarázat inkább kóroktani elmékedés, mint pozitív észlelésekből leszűrődött tény, bár sem a HARRISON-féle munkahypertrophia, sem a CIECHANOWSKI-féle lobos elmélet nem tudott magának az aetiológiában maradandó helyet biztosítani, mégis a prostatatúltengés therapiájában nagy a haladás. A prostatatúltengést helybeli elsődleges megbetegedésnek fogjuk fel s mióta e tan elterjedt, az operatív módszerek egész sorozata tört elő. A palliativ

methodusokról, a katheterezésről, az újabban ajánlott RÖNTGEN-kezelésről nem óhajtok most szólni, hanem röviden érinteni akarom a radikális beavatkozásokat, a melyeket czélszerűen közvetett és közvetlen műtéti módszerek csoportjába oszthatunk.

I. *Közvetett műtéti módszerek*: 1. BIER ajánlatára a prostata-túltengés visszafejlődésére mindkét oldali *aa. iliacae int. lekötését* végezték. A műtét elve analog azon tapasztalattal, hogy az art. uterina lekötése után uterusmyomák kisebbedését észlelték. Ezen műtétet BIER 1893-ban ajánlotta s négy évvel később a sebészcongressuson maga BIER ajánlotta e műtét elhagyását. Az irodalomban ismert 15 ilyen módon operált eset közül 4 halállal végződött, csak 8-nál állott be kétes jellegű javulás, úgy, hogy e műtéti módszer felett már napirendre tértek. 2. *Sexualis műtétek*. A castratiót RAMM és WHITE ajánlották 1893-ban; tény az, hogy e műtéttől többen aránylag jó eredményt tapasztaltak, de mégis, tekintve, hogy csonkító műtét, ma már terét vesztede, bár ezüst, arany, gipsz, gummi, celluloid, selyem vagy paraffinprothesisekkel ú. n. *moralis testiculorum* küzdöttek a műtéttel gyakran járó lelki depressiók ellen. A castratiót pótló ISNARDI-féle ductus deferens-resectió, az ALBARRAN-féle angioneurektomia, a MEARS-féle funiculus-átmetszés letűntek; még a ductus-deferens resectiót végzik itt-ott elvéve s még az utolsó német sebészcongressuson ajánlotta is ezt ROVSING 90 esete alapján, a melyek 60% gyógyulással jártak. 3. *Suprapubicus hólyagsipoly* cystopexiával. E műtétet GOLDMANN ajánlotta s ROVSING-ban buzgó követőre akadt; általános elterjedése nincs.

II. *Közvetlen műtéti módszerek*: 1. BOTTINI-féle *galvanokausztikus módszer*, a mely a MERCIER-féle methodus tökéletesítésében áll. BOTTINI 1877-ben, majd 1885-ben számolt be galvanokauterjével elért eredményéről s azok biztatók is voltak, HORWITZ, FREUDENBERG, KÜMMELL s mások kedvező eredményei, a melyek 5—6% operációs halálról és 60—80% javulás- és gyógyulásról számolnak be, csakhamar nagy elterjedést biztosítottak e műtétnek. A műtét sikere a kellő mélységű incisiók alkalmazásától, az esetek helyes megválogatásától függ, kivitele specialis technikát követel s innen ered, hogy csakhamar jelentkeztek a balsikerek, a melyekből BOUFLEUR 1902-ben egész bűnlajstromot állított egybe. 2. *Prostatektomia*. E műtét a túltengett dűlmirigy részleges vagy teljes eltávolítását tűzi ki célul. Megkísérlették ezt per vias naturales, a húgycsövön át eltávolítani, majd a legkülönbözőbb behatolás, mint infrapubica, sacralis, sőt transanorectalis behatolás útján igyekeztek megközelíteni kevés eredménnyel. A prostatektomia műtéte azóta terjedt, mióta a műtők nem prostataküirtást, hanem token tokon belüli enucleatiót végeznek. Már GOODFELLOW végzett rendszeres intracapsularis enucleatiót perinealis úton 1891-ben, FÜLLER pedig 1895-ben transvesicalisan. Ez idő óta állandóan vita tárgya a prostatektomia kérdése, egyfelől annak joga-

súltsága, másfelől a beavatkozás időpontjának megválasztása, majd a behatolás útja képezték a tárgyalások súlypontját. A bruxellesi nemzetközi, a német sebészcongressusok állandóan szőnyegen tartják a kérdést s bizonyosságául szolgálják annak, hogy mennyire nem állja már meg helyét GUYON-nak 1888-ban, tehát még nem is 20 év előtt nyilvánított véleménye, hogy a prostatatúltengésnek radikális műtéte nincs és nincs is kilátás arra, hogy az radikálisan gyógyítható legyen. Ma már nem a prostatektómia jogosúltsága körül forog a kérdés, hanem inkább a beavatkozás időszakát s a behatolási útát illetőleg eltérőek a vélemények. A francziák ALBARRAN-nal az élükön a perinealis, az angolok FREYER után a transvesicalis módszer hívei. A perinealis módszer alkalmazása s fejlődése körül főleg CZERNY-nek és O. ZUCKERKANDL-nak vannak érdemei, míg a transvesicalis módszer alapját FREYER vetette meg. Általános szabályokat a behatolás útjára felállítani nem lehet, csak röviden azt óhajtom kiemelni, hogy a *perinealis útát* akkor válasszuk, ha a prostata túltengett lebenyei inkább a végbél felé prominálnak, ha a cystoskopppal középlebenyt nem állapítunk meg. E műtét hátrányai: 1. hogy a *végbél sérülése* könnyebben előállhat, mint a transvesicalis módszer mellett; 2. hogy *incontinentia* maradhat vissza; 3. hogy a *potentia coeundi* szenved; 4. utólagos *strictura* keletkezhetik a húgycsőben. ALBARRAN, a ki kizárólag e módszert alkalmazza, 73 ilyen műtéte közül csak 3 esetet vesztett el, CZERNY 32 esetből 3, ZUCKERKANDL 30 esetből 4 esetet. CZERNY 65% gyógyulásról számol be. Itt megemlítjük, hogy RYDYGIER nem végez teljes prostatakiirtást, hanem csak prostata-resectiót, de itt e módszernél a recidiva veszedelme fenyeget, sőt a visszamaradó részek továbbra is fenntarthatják a vizeleési nehézségeket.

A *transvesicalis* behatolásnak előnye: 1. hogy a *technikája* egyszerűbb, látjuk a hólyagba beoltosuló daganatot, a dűlmirigy kiválasztása könnyebb, az urethra posterior, főleg a sphincter jobban megkimélhető s így 2. az *incontinentia* kevésbbé fenyeget, 3. *suprapubicus sipoly* nem marad vissza, míg a perinealis sipoly gyakoribb, 4. a *végbél sérülése* s így végbélsipoly keletkezése elkerülhető, 5. a hólyag úgy az urethrán, mint a felső hólyagmetszésen át jól *drainezhető*, 6. a *ductus ejaculatorii* sértése könnyebben elkerülhető, mint a perinealis úton, 7. a betegek műtét utáni nap *fenjárhatnak*.

Hátránya a műtétnek, hogy kövér egyéneknél a prostata ily úton való eltávolítása nehézségekbe ütközik. FREYER 170 transvesicalis prostatektómiaja közül 9% halt meg operációs halál következtében, utolsó 36 esete közül csak egyet vesztett el, pedig 14 betege 80 éven felül volt. ZUCKERKANDL 30 esete közül 7 halt meg a műtét következtében.

Ezen adatokból, bár az operációs halál mindkét módszernél megközelítőleg egyenlő, kiviláglik, hogy a transvesicalis methodus

számos előnyt biztosít a végleges gyógyulás szempontjából. A műtét részleteit esetem kapcsán fogom elmondani, most még azt a kérdést vetem fel, *mikor avatkozunk be radikálisan prostata hypertrophia esetén?* Ismeretes, hogy a prostata-tútnegés lefolyásában általában 3 szakot különböztetünk meg: az 1. szak a *keletkezési periódus* (période prémonitoire), mikor a hólyag izomzatának fokozatos növekedésével az akadályt le képes győzni, még kompensált állapot van jelen; a 2. szak a *megzavart kompensáció szak* (période de retention), mikor a hólyag izomzata már elégtelen az akadály leküzdésére, retentió áll be, mely lehet teljes vagy részleges; a 3. szak a *vizeletcsurgási szak* (période d' incontinence), mikor is a residuum fokozatosan növekszik, a hólyag izomereje kimerült, a hólyag petyhüdt zacskóvá lesz, a melyben a residuum nagy s mintegy telt edényből kicsurog a vizelet az ischuria paradoxa jellegző képében. Ehhez csatlakozik a vizeletintoxicáció a felső húgyútak következményes tágulásával, a vese alteratiójával.

A beavatkozás időpontjára nézve röviden adhatom meg a választ; azokban az esetekben, a melyekben aseptikus katheterezéssel a beteg segíthetünk, nem ajánljuk mindjárt a műtétet s úgy vélem, túlzottan radikális KÜMMELL, ki minden estben, ha a beteg katheterre van utalva, a radikális műtétet ajánlja. Itt természetesen a beteg intelligentiája s társadalmi állása is számba jön. A *korai* műtét helyett a *jókor* végzendő műtét ajánlandó. Az 1. szakban nem fogunk a betegnek műtétet ajánlani, a 2. szakban, ha a katheterezés mindig nehezebb lesz, ha ez profus vérzésekkel jár, ha a hólyag súlyos infectiója van jelen, ha esetleg kőképződés van a hólyagban.

Ellenjavallva van a műtét első sorban veseelégtelenség esetén, nagyfokú gyengeség, súlyos arteriosklerosis és diffus bronchitis esetén s részemről osztom KÜMMELL álláspontját erősen petyhüdt hólyag esetén is, bár ISRAEL ebben nem lát ellenjavallatot.

Végül még megjegyzem, hogy prostatektomiánál kiválóan alkalmas a BIER-féle lumbalis analgesia az érzéstelenítésre, mert ezen módszerrel a szív és a tüdő részéről fenyegető szövődményeket nagyban kisebbíthetjük.

A transvesicalis prostatektomia, a melyről Roux, a szellemes lausannei sebész azt jegyezte meg, hogy nem kell félnie az öregkortól, mióta e műtéttel oly szép eredményeket mutat fel a sebészet, kellő javallat mellett s kellő időben végezve nemesak a jelennek, hanem a jövőnek is mütéte.

Esetem egy 75 éves férfira vonatkozik, a kinél 5 év előtt „szapora“ vizelettel kezdődött baja; 5 hét előtt rosszabbodott állapota, midőn is hirtelen vizeletrekedés miatt orvos, majd másnap bába csapolta meg. Azóta vizelete csak cseppekben ürül, néha vizeletcsurgása is van, a vizelőüveget állandóan magánál kénytelen

tartani. Nappal negyedóránként, éjjel 15-20-szor kell vizelnie s mint mondja, „kínjában a falat rágta“. Megvizsgálva a beteget, azt találjuk, hogy a prostata per rectum vizsgálatnál diffuse megnagyobbodott, nyomásra kissé érzékeny; a bal lebeny valamivel nagyobb a jobbnál. A húgycső 20. sz. Charrierenek átjárható, a hólyagnyakon ugrással vezethető tovább a katheter. *Cystoskopos* vizsgálatnál azt találom, hogy a hólyag nagy fokban trabecularis, belövelt, az ureternyílások résalakúak, a fundus erősebben gerendázott. A prostata középső lebenye kismogyorónyi s a hólyagba beboltosúl, úgyszintén bár kisebb fokban a bal lebeny is. A residualis vizelet 200 gm.; a vizelet zavaros, positiv genyreactióval, számos nyálkacsafattal, vesecelakelemeket benne nem találtunk. A betegnek ezenkívül 10 év óta fennálló jobb oldali hydrokele-je s a bal orr-szárnján 3 év óta babnyi rákos csomója van. Tekintve a beteg fent leírt állapotát, 1907 október 12-én végeztem MAKARA tanár úr megbízásából a műtétet, a mely FREYER szerinti transvesicalis prostatektomiából állott. A hólyagot 200 cm³ bőrvízzel Nélatonkatheteren át megtöltjük s a kathetert helyt hagyjuk. Magas hólyagmetszés. A prostata feletti nyálkahártyát késsel metszem át s tompán újjammal a húgycső megkímélésével kiválasztom először a prostata jobb lebenyét a középlebenyével együtt, azután a ballebenyt. Vérzés minimális. A hólyagsebet kétrétogú varrattal teljesen zárom, a hasfal sebeit szűkítem, a cavum praevesicalebe kis jodoform-gazeesíkot vezetek. Állandó 16. sz. Nélatonkatheter.

Az eltávolított prostata 20 gm. súlyú, lebenyzett, 5 $\frac{1}{2}$ cm. széles, 3 cm. hosszú (antero-post. irányban) kis mogyorónyi középlebenyével. A kórszövettani vizsgálat kevert mirigyes és rostosizmos túltengést idült lobos állapottal derített ki. (BUDAY tanár.)

A lefolyás teljesen zavartalan volt. 3 óránként hólyagmosást végeztem bőrvízzel, hogy a katheter eldugulását meggátoljam. A beteget műtét utáni nap már kiültettük az ágyból, harmadnap már fennjárt. 5-ik nap az állandó kathetert eltávolítottam, a beteg ez időtől kezdve spontán vizelet 4—5 óránként, az egyszerre ürített vizeletmennyisége 200—250 gm., residuum nincs. Időnként hólyagmosást végzünk. A betegnél tehát a vizelésiürítési panaszok megszűntek s ez esetben transvesicalis prostatektomiával teljes gyógyulást értünk el.

3. DR. BLUMENFELD SÁNDOR egy halálos kimenetelű tüdővérzés esetéről referál és mutat be ez esetből kórboneztani praeparatumot. A jobb tüdő alsó lebenyének partialis hörgtágulata, melynek környezetében két kis czafatos falú barlangocska van és ezek egyikeből történt a súlyos, halálhoz vezető tüdővérzés. Az eset ritkaságának illusztrálására felhossa, hogy egyáltalán nagyon kevés letalis kimenetelű haemoptoet észlelnek. Így WOLFF 1200 haemoptoet közül 4, STEINER 900 közül 3, WINSCH 200 közül 1 esetben látott halálos kimenetelű tüdővérzést.

4. DR. VÉRTES OSZKÁR: *A forró légkezelésről a gynackológiában.* BIER-nek a gyulladás körül követendő egész gyógyeljárása e természet munkájának, azaz a gyulladások alkalmával a szervezetben végbemenő elváltozásoknak tanulmányozásán, utánzásán épül fel. BIER tanát, melyet megteremtője legelőször a szorosabb értelemben vett sebészi bántalmak gyógykezelésében alkalmazott és próbált ki, POLANO vezette be a gynackológiába, ki chronikus medencei izzadmányoknak forró levegővel való felszívódását igyekezett elérni.

A következőkben a forró levegővel előidézett aktiv vérbőségnek gyógyhatásáról kívánok beszámolni, melyet 53 esetben alkalmaztunk klinikánkon, oly czélból, hogy a gyulladás termékeit felszívódásra bírjuk.

A forró légkezelés akkor lép jogába, midőn a gyulladásos folyamat, az exsudatio már megszűnt és a regeneratio kezdődik. A regeneratio egyrészt az izzadmány felszívódásában, másrészt fiatal kötőszövet létrehozásában áll; mindkettőt az aktiv hyperaemia elősegíti.

Klinikánkon az ESCHBAUM szerkesztette BIER-féle szekrény van használatban, melylyel enormis hőfokokat bír el a beteg. A forró levegőnek a többi szerző által hangsúlyozott fájdalomcsillapító hatását mi is majd minden esetünkben tapasztaltuk.

22 oly esetünk volt, hol kisebb-nagyobb izzadmányt találtunk a méh körül parametritikus vagy intraperitoneális elhelyeződéssel; ezek a legtöbb esetben kedvezően befolyásoltattak, amennyiben legtöbbször — legalább a tapintási lelet alapján — restitutio ad integrum állott be, avagy kötegek, illetve jelentéktelen resistentia hátrahagyásával fejeződött be a folyamat. Csak 4 esetben maradtak vissza adnextumorok, avagy megvastagodott adnexumok; tehát hol az adnexumok is bele vannak vonva a gyulladásba, ott restitutio ad integrum nem szokott bekövetkezni, vagyis exsudatumokra erélyesebben hat a forró levegő, mint adnextumorokra.

Az adnextumor tiszta képét 14 kezelésre került eset mutatja. Ezek legtöbbször az eredmény az, hogy a tumor kisebbedett, vagy mozgékonyabbá vált, minek az a magyarázata, hogy a függelékek falában vagy az a körüli izzadmány felszívódik, a nélkül azonban, hogy a tubazsák vagy petefészektüsző bennéke valami lényegesen befolyásoltatnék. Ily képletek csak operatív úton távolíthatók el.

Az izzadmányokra gyakorolt kedvező hatásból és az adnextumorokra való aránylag csekély befolyásból két értékes haszna következik a forró légkezelésnek: egyik a finomabb diagnosis megállapítása, másik a műtétre való előkészítés.

A forró légkezelés megkezdése előtt enyhébb felszívó kezelést szoktunk végezni Priessnitz és lassan emelkedő hőmérsékű hüvelyöblítések alakjában, nehogy a forró lég előidézze hatalmas aktiv hyperaemiával a még talán kialvóban lévő gyulladást fellobbantsuk

s ha ezekre nem mutatkozik reactio magasabb hőmérsékek vagy érzékenység alakjában, kezdjük meg a forró légkezelést.

Valamint van egy határ, melyen innen a forró légkezelés ártalmas, úgy a nagyon későre halasztott kezeléssel sem érünk célt, minthogy egészen régi folyamatokra úgyszólván hatástalan a forró levegő. Ennek magyarázatát abban kell keresnünk, hogy a forró légkezeléssel növelt hyperaemia sokkal jobban megbirkózik a lobtermékekkel, mint az a fokú hyperaemia, melyet a szervezet teremt önmagának; de minél több idő telik el a gyulladás lezajlásától számítva, annál szegényebb lesz az ujdontépzett szövet véregekben, annál nedv- és sejtsegtényebb lesz az a szövet, mely hovatovább teljesen heges, rostos kötőszövetté, azaz heggé alakul át, mely pedig felszívódásra képtelen.

Némelyek oly parametralis izzadmányok ellen, melyek hosszas ideig magas lázakkal járnak, melyekben tehát gennyet supponálnak, a gennyedés siettetése céljából forróléget alkalmaznak.

Ilyen esetekben a forrólégkezelést perhorreskáljuk, mert a gennygócz beletörhet hólyagba, hasüregbe és mert beavatkozásunkkal a nagyfokú hyperaemiával esetleg gennyes gyulladást idézhetünk elő ott, hol talán a természet gyógyereje folytán a serofibrinosus gyulladásnál megállott volna a folyamat.

Néha a nő panaszai a nemzőszervek sphaerájára vonatkoznak, holott objectiv eltérést a vizsgálatnál nem kapunk; ha ilyenkor az anamnesis lezajlott lobos folyamatra utal, megkísérlendőnek tartjuk a forrólégkezelést, abból indúlva ki, hogy egy lefolyt pelveoperitonitis chronika adhaesiva finom, pókhálószerű összenövésekben állanak, melyek tapintó érzékünk előtt rejtve maradnak, de a melyek a forró levegővel esetleg eltüntethetők.

10-szer csonkexsudatumok felszívódására, 3-szor Alexander-Adams műtétje után a sebvonal mentén mutatkozó infiltratió eltüntetésére jó eredménnyel alkalmaztuk a forrólégkezelést.

Egy esetben hysteriánál teljesen hatástalan volt.

Tapasztalatainkat a forrólégkezelésre vonatkozólag tehát a következőkben összegezhettük:

1. A forrólégkezelés egyike a leghatalmasabb gyógyeljárásoknak a conservatív gynaekológiában, úgy, hogy egy nőgyógyászati klinikán vagy kórházban sem nélkülözhető.

2. Legfeltűnőbb a hatása a medenczebeli kötőszöveti, illetve savóshártyaizzadmányokra; sokkal kisebb a méhfüggelékek lobos bántalmaira.

3. Legalább symptomatice, fájdalomcsillapítás céljából megkísérlendő, még ha normalis genitális leletet kapunk is, főleg, ha lezajlott gyulladás után állanak fenn a panaszok.

4. Javalva van még csonkexsudatumok felszívódásának elősegítésére.

5. Az adnextumorok körül lévő izzadmány felszívódása által a finomabb diagnózis megállapítására és az adnextumoroknak a műtétekre való előkészítésére kiválóan alkalmas.

6. Csak friss folyamatokra fejt ki erélyes felszívó hatását, minél régibb a folyamat, annál hatástalanabb a forrólégkezelés.

7. Feltétele a kezelésnek a teljesen normális hőmérsék és érzéketlenség a vizsgálatkor; a láz és érzékenység absolute ellenjaválja a forrólégkezelést; a legkisebb hőemelkedés is rögtöni be-
szüntetését parancsolja.

Az előadás egész terjedelmében megjelent az „Orvosi Hetilap” 44. és 45. számában.

Hozzászól: ÁKONTZ KÁROLY, ELFER ALADÁR, SZABÓ DÉNES.

5. KENYERES BALÁZS előadása: *A drezdai kongresszusról.*

XIX. szakülés 1907. évi nov. 16-án.

Eluők: PURJESZ ZSIGMOND.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

1. DR. VESZPRÉMI bemutatja egy újszülöttnak, a ki $3\frac{1}{2}$ napig élt, nyaki szerveit, a melyek egy aránylag ritkán előforduló fejlődési hibát mutatnak. Ugyanis a bárzsing felső része vakon végződik, az alsó résztől elkülönült tasakot képez, míg az alsó rész közlekedik a gégével egy nyíláson át, a mely a gége hátsó falán a bifurcatió fölött van.

Bemutat továbbá egy heveny hashártya gyulladás miatt elhalt elmebetegtől származó vastagbél készítményt, a melyen chronicus fekély található, középen átfűrődással. A bélben ezen a helyen több idegen testet, közöttük kavicsot, szíjdarabot, őszi barack magvat stb. lehetett találni. Az átfűrődást a barackmag igen hegyes vége okozhatta, mert ez volt erősebben beékelve a fekély alapján.

2. DR. KANITZ HENRIK a *syphilis atoxylos kezeléséről tart előadást.* Az előadó a kolozsvári egyetemi bőrklinika 51 betegén próbálta ki az atoxyl hatását a syphilisnél és vizsgálatainak eredményeképen a következő tapasztalatokat közli: 1. Az atoxyl kifejezetten hat a syphilis legkülönbözőbb nyilvánulásaira. Primarius, secundarius és tertiaris elváltozások általános atoxylos kura hatása alatt eltüntethetők. 2. Az atoxynak hatása általában véve a betegség időszakai szerint különböző. Legbiztosabb és legerélyesebb a hatás a harmadlagos stadiumban, melynek productumai — legalább a mi a bőr és nyálkahártya syphilideket illeti — majdnem mindig gyorsan gyógyúlnak. Sokkal kevésbé megbízható a készítmény hatása a korai, azaz a primarius és secundarius időszakban, melynek tünetei nem mindig bírhatók elmúlásra. 3. Feltűnő az atoxynak gyors és kedvező hatása lues maligna praecox eseteiben. 4. Rossz-

indulatú syphilisnél és a lues harmadlagos elváltozásainál az atoxyll hatásossága dolgában vetekedik a kénesóval, ellenben a sclerosi-sokra és a másodlagos tünetekre való hatásában mögötte marad a higanynak. 5. Secundarius lues eseteiben — még ha azok kifejezetten reagáltak is a kezelésre — az atoxyll hatása nem tartós. Sok esetben már rövid idővel a kezelés után recidivák jelentkeznek. 6. A lokalis atoxylos kezelés kenőcs, tapasz vagy ecsetelés alakjában csak a tertiarus tüneteknél és a szájnyálkahártya elváltozásainál jár haszonnal. Sclerosisoknál a lokalis atoxylos kezelés nem gyorsítja a gyógyulás menetét. 7. A lueses nyálkahártya elváltozások általában ép úgy elmulaszthatók, mint a köztakaró syphilidjei. 8. Az atoxyll használata közben enyhébb vagy súlyosabb mérgezési tünetek jelentkezhetnek, melyek a szer alkalmazásánál nagy óvatosságra intenek.

Az előadás egész terjedelemben az „Orvosi Hetilap“ 49—51. számában jelent meg.

Hozzászól: MARSCHALKÓ TAMÁS, POTOCZKY DEZSŐ, ELFER ALADÁR, PURJESZ ZSIGMOND.

XX. szakülés 1907. évi november 23-án.

Elnök: TURCSA JÁNOS.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

PURJESZ ZSIGMOND előadása: „A korai diagnosis jelentőségéről és a Calmette-féle ophthalmorreactivőről.“ (Értesítő 168—188 lapjain.) Részlete megjelent Gyógyászat 48. számában.

XXI. szakülés 1907. évi november 30-án.

Elnök: UDRÁNSZKY LÁSZLÓ.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

1. VERESS FERENCZ *Sclerema neonatorum* halállal végződött esetét referálja el. A 4 hetes gyermek élete 17. napján lett beteg. Az alsó végtagok fokozatosan megduzzadtak eredeti térfogatuk 2—3-szorosára, még az élet 4-ik hetében, mikor észlelése alá került, az egész altest és az alsó végtagok deszkakeménységűek, erősen megvastagodottak, halvány színűek voltak s a beteg területen helyenként körülírt bőrvérzések mutatkoztak. A gyermek életereje fokozatosan csökkent, a szív működés gyengült és a halál éppen 4 hetes korában, betegsége 11. napján állott be.

Végül szól a bántalom tünettánáról és diagnosisjáról. Hozzászól: MARSCHALKÓ tanár.

2. APÁHY ISTVÁN: „A rögzíthetőség és füstöttség, mint élet-tani ismertető jelek“ czímen értekezik és mikroszkopiumi készítményeket mutat be.

XXII. szakülés 1907. évi december 7-én.

Elnök: TURCSA JÁNOS.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

1. GÓTH LAJOS: „Belső elvérzéssel fenyegető petefészek-perithelioma hasmetszéssel gyógyult esete“ czímen értekezik. (Értesítő 189—195. lapjain.)

2. DR. VERESS FERENCZ: Paraffin prothesissel javított nyereg-orr esete.

1900-ban általános feltűnést keltett GERSUNY¹ (Bécs) közleménye, melyben a vaselinnek bőr alá való fecskendezésével elért eredményeit írta le. Az orvosi világ mohón kapott a felfedezésen és rövid 7 év alatt sok száz meg száz részint gyógyítást, részint kozmetikai formajavítást czélzó bőraláfecskendezés történt. A vérmes reményeket azonban, melyeket az eljáráshoz fűztek, nemsokára oszlatni kezdték az idővel nyilvánosságra jutott kellemetlen inczidensek, sőt vészes következmények, melyeket az injectiók után néha észleltek.

Vaselinnek vagy alacsony hőfokon olvadó paraffinnak bőr alá fecskendése után ugyanis megtörtént, hogy már a műtét alatt vagy valamivel később tüdőembolia és véres infaretus (GSELL esete), vagy az arteria centralis retinae emboliája következtében amaurosis, később látóideg sorvadás (LEISER esete) lépett fel. MOSZKOWITZ tüdőemboliát és a vena saphena thrombosisát írta le, KOFMANN (Odessa) betege pedig tüdőembolia folytán 24 óra alatt el is halt. Számos ilyen balsikerhez járultak még azok az esetek, melyekben súlyos helyi elváltozások veszélyeztették a betegeket. Az orvosok egy része t. i. áttért a lágy vaselinről a kemény paraffin használatára, de utóbbit 50—60 C°-ra melegítve, olvadt állapotban fecskendezte be különféle e czélra készült eszközök segítségével. Az eljárás következménye természetesen az volt, hogy a forró és híg paraffin egyfelől könnyen jutott a véráramba, másfelől a befecskendés helyén megégette a szöveteket, bőrnekrosist vagy súlyos és idővel még fokozódó, sőt indurálódó oedemákat hozva létre.²

Természetesen egy ilyen eset is elegendő arra, hogy valakinek kedvét szegje és a további kísérletezéstől egyszer és mindenkorra visszatartsa. Nagy haladást jelentett tehát ezen a téren az eljárás-

¹ GERSUNY: Über eine subkutane Prothese Zeitschrift f. Heilkunde. 1900. I.

² L. LEJARS esetét GAZETTE des hôpitaux 1903. 50.

nak olyan módosítása, hogy olyan paraffinkeveréket használjunk, a melynek olvadási pontja 40° C.-on felül, esetleg $50-60$ foknál van; továbbá, hogy azt ne olvasztott állapotában használjuk, mert ezáltal a páciens ismét az embolia és bőrnecrosis veszedelmének tennők ki, hanem *hideg, merev* állapotban egy erre a célra készült erős csavarfecskendő segítségével. Ilyenmő fecskendőt először BROECKAERT¹, majd ÓNODI² szerkesztett. Az ilyen módon végzett műtét a következő előnyöket nyújtja: 1. Szobahőmérsékletű paraffint fecskendőnk, tehát a szöveteket meg nem égetjük, a betegnek fájdalmakat nem igen okozunk. 2. A bőr alá vitt paraffin egyszer s mindenkorra helyén marad, az elért alakjavítás tehát állandó. 3. Emboliát nem okoz. Mindezek olyan körülmények, melyek lehetővé teszik, hogy szükség esetén habozás nélkül folyamadjunk ehhez a műtét-hez. ECKSTEIN adataiból, melyek 200 általa paraffinnal javított orra vonatkoznak, kiderült, hogy az $50-58^{\circ}$ -nál olvadó paraffin alkalmazásánál semmi kellometlenség nem fordult elő, míg az alacsonyabb hőfoknál olvadó paraffin befecskendései után 13 esetben amaurosis jelentkezett. Leggyakrabban nyeregorr javításánál veszik igénybe a paraffin aláfecskendést, de alig van szaka az orvos-tudományak, a hol hasznát ne vették volna.

Ennél a fiatal legénynél, a ki harmadlagos syphilisben szenved, az orr központja még csak 7 hónappal ezelőtt süppedt be, akkori orrgummák s a septum perforatiója következtében. Klinikánkat nem ezért, hanem szájában volt gummái miatt kereste fel. Midőn fekélyei már majdnem meggyógyultak, 6 héttel ezelőtt hozzáfogtam az orrhát kiemeléséhez. ÓNODI eljárása szerint és fecskendőjével, melyet itt van szerencsém bemutatni. A fecskendőt előzetes kifőzés után megtöltöttem a hozzámellékelt és üvegesövekbe zárt kemény paraffinnal, majd a tű rácsavarása után beszúrtam vele az orrgyök redőbe emelt bőre alá s a csavar fordítása által kellő mennyiségű paraffin szalagot juttattam oda, miközben bal kezemmel helyre nyomkodtam és alakítottam a keletkező daganatot. Nemsokára a műtét után egy kis reactio állott be, (oedema, kiscokú pirosság) mely 2-3 nap múlva teljesen elmúlt. Ekkor a jobb orrszárny feletti bemélyedést töltöttem ki sikeresen, míg a baloldali megfelelő helyre befecskendezett paraffin a beteg nyugtalanzkodása és sírása miatt rossz helyre került s az orr és bal szem közötti téren okozott egy kis, alig feltűnő duzzanatot, míg a kívánt helyre, vagyis az orrszárny feletti mély behúzódás alá semmi sem került. Ettől eltekintve a korrigálás, mint látható, egész jól sikerült, az orrhát kiemelkedett s a betegnek kellemes és sokkal határozottabb arczell kölcsönzött.

Hozzászól: ANKA AURÉL.

¹ La Belgique Medic. 1905.

² A merev, hideg paraffin injectiók alkalmazásáról Bp. O. U. 1905. 52.

3. MAKARA L.: *Radiotherapiával kezelt inoperabilis emlőrák esetet mutat be.* A 65 éves nőbeteg f. é. januárius végén jelentkezett bemutatónál. Bal emlőjében 20 év előtt szoptatás idején támadt gyenges gyulladás után egy kis csomó maradt vissza. Négy év előtt a csomó nőni kezdett, a bőr felette elvékonyodott és nem sokára kifekélyesedett. Jelentkezéskor a bal emlő külső-felső negyedében egy nagy férfi ökölnyi, a mellizmokkal, részben a mellkassal összekapaszkodott rákos daganat mutatkozott, melynek felülete 10 cm. átmérőjű terjedelemben, mélyen, kraterszerűen ki volt fekélyesedve. A hónaljban, a kulcs alatt és felett megnagyobbodott, rákos mirigy csomók láthatók és tapinthatók.

A bántalom a gyökeres eltávolíthatás határát meghaladván, RÖNTGEN-kezelést, belsőleg parádi arzenes vizet és helyi napsugárzást ajánlott a betegnek.

A RÖNTGEN-kezelés januárius 30-án kezdődött, április végéig 10 naponként, három hónapon át kéthetenként, azontúl havonként történt, úgy, hogy eddig 21-szer alkalmaztatott. A radiotherapia, az arzenes és napfénykezeléssel támogatva a nagy fekély teljes behamosodását eredményezte. A fekély terjedelmét a zsinorszerűn kiemelkedő, rákos szegély mutatja. Maga a daganat a lefolyt 10 hónap alatt nemcsak nem növekedett, sőt inkább kisebbnek mutatkozik, ugyanez mondható a mirigy-csomókról. A beteg általános erőbeli állapota igen jó, fájdalmai nincsenek.

Aki a kifekélyesedett emlőrákosok keserveit ismeri, az teljes mértékben méltányolni tudja ezen palliatív-gyógymóddal elért eredményt. Nincs itt szó gyógyulásról, de igenis arról, hogy sikerült a rákos fekélyt behamosodásra bírni, a beteget a fekélylyel járó vérzéstől és nedvvesztéstől megmenteni és a daganat fejlődését megállítani, a mi mindenesetre figyelemreméltó eredmény.

Legyen szabad ez alkalommal fölhívni a t. szakosztály figyelmét a műtetre már nem alkalmas, szegénysorsú rákbetegekre, kiket a közegészségi törvény, mint gyógyíthatatlanokat a kórházi kezelésből szinte kizár, s a kik e miatt betegségük undort keltő természeténél fogva a legnagyobb száalomra méltók.

A múlt évi novemberben Budapesten tartott országos rákértekezlet fölírta úgy az orvosi, mint a laikus köröket a rákkal szemben eddig tanúsított közönyükből. Megindult nálunk is az eszmecsere a fölött, miként vegyük ki részünket az összes kultúr-nemzeteknél megindított rákellenes küzdelemből. A rák gyógyítása és gyógyíthatósága felől elhangzott egyébként figyelemre méltó előadások és felszólalások leginkább annak a módját keresték, miként lehetne elérni azt, hogy a rákbeteg műtetre idejekorán jelentkezék. Nem hiszem, hogy a betegeknek kiosztott figyelmeztetőlapok volnának a helyes út, többet várhatunk az orvosok- és bábákhoz intézett felhívástól. De nem erről akarok szólni, hanem azt

tartom felemlítendőnek, hogy az úgynevezett inoperabilis rákbeteg sorsa javításáról ott szó nem esett, pedig ezen a téren leginkább végezhetünk a rákellenes közdelemben tényleg gyakorlatilag hasznosat.

Többször volt alkalma a t. szakosztálynak MARSCHALKÓ tanár klinikájáról bemutatott bőrrákos betegeken meggyőződni, a radiotherapia befolyásáról a rákos képződményekre, a jelen eset is mutatja, hogy az inoperabilis rákbeteg gyógykezelése nem meddő terület. Nem a RÖNTGEN-kezelésre helyezem a súlyt, hanem arra, hogy igenis vannak módszereink már ma is, melyekkel a rák fejlődését némileg megakaszthatjuk, jelentékeny javulásokat érhetünk el. Ide tartoznak az említett módszer mellett tán a napsugaras és az arzen kezelés is, melylyel atoxyl alakjában újabban megint kísérleteznek.

Szóval nem helyes az az álláspont, mely szerint a rákkal szemben egyedüli fegyverünk a kés, s a hol ezt nem alkalmazhatjuk, ott hagyjuk a betegeket elpusztúlni segítség nélkül. Meg kell és meg fogjuk találni a rák gyógyszerét. ha a küzdelmet a siker reményével és nem resignatióval vesszük föl. De a siker eléréséhez szükségesnek tartom a rákos osztályok létesítését modern értelemben. Ne siralomházak legyenek azok, hanem gyógyításra törekvő intézetek, melyekben jelesen képzett orvosok, diéta, fizikai és gyógyszeres módszereinket teljes mértékben kihasználják a rákosak szenvedéseinek enyhítésére.

4. PÉTERFI TIBOR: „Üvegjelzés czeruzával“ czímen értekezik és bemutatja az általa előállított keveréket. A keverék használat előtt felrázandó, s eset, itatóspapiros szelet, vagy üveglemez segítségével előzetesen meg nem tisztított üvegedényekre (tárgylemez, üvegek stb.) felkenhető, hol pár perc alatt megszárad s akkor reá czeruzával, vagy színes crayonokkal írható. Az írás folyadékokban csak igen hosszas (2—3 napos) állás mellett fakúl ki. Ha maradandó czeruzajelzést akarunk, az írást GÜNTHER-WAGNER-féle Fixatíval vonhatjuk be s akkor az írás semmiféle folyadékban le nem oldódik. A keverékre üvegtintával is írhatni.

Ájánlja keverékét az üvegtenta helyébe mikroszkopiumi készítményekre, valamint minden oly esetben, midőn üvegre jelezni akarunk (készítmények kezelésénél, vegytani dolgozóknál stb.)

XXIII. szakülés 1907. évi december 14-én.

Elnök: PURJESZ ZSIGMOND.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

1. STEINER PÁL dr.: *Subkután bélrúptura operált és gyógyult esete.* A subkután bélsérülések prognosisa nagyon kedvezőtlen. Ennek oka nemcsak abban rejlik, hogy a kórjelzés nehezebb, mint a nyílt sérüléseknél, mert az első 12 órában végzett műtét is gyakran

nem mentheti már meg a beteget. A gyűjtőstatisztikák kedvezőbb gyógyulási eredményről számolnak be, mint egyesek, de ez érthető, mert átlag sokkal több kedvező esetről számolnak be, míg a halálos kimenetelű eseteket nem közlik. A sebészet ma a korai műtét szükségét elismeri, a spontán gyógyulás lehetőségére nem számít. PETRY, TAWASTJERNA, HERTLE gyűjtőstatisztikája 75—89% halálozásról számol be; az első 12 órában végzett műtét is az eseteknek alig felét tudta megmenteni. Egyesek statisztikája is kedvezőtlen, így KÖRTE 14 esetből csak 2, HACKER 12 esetéből 3, GÖSCHEL 17 esetéből 1, MILKÓ 11 esetéből 3 eset volt megmenthető. MAKARA tanár klinikáján 6 esetben észleltünk subkutan bélrüpturát, a bélrepedés kardinalis tünetei: a shok, a hányás, a hasizmok reflektorius összehúzódása valamennyi esetben megvoltak. 2 eset gyógyult műtéti beavatkozás után, ezek közül a most bemutatásra kerülő azért bír különös érdekességgel, mert a műtét a sérülés elszenvedése után 63 órával volt csak fogantatható.

A 30 éves férfibeteg beszállítása előtt 63 órával sötétben oly erővel szaladt egy szállításra szolgáló kocsii tetejének, hogy az álló kocsii meg is indult. Hirtelen erős fájdalmak jelentkeztek hasában, a beteg összeesett úgy, hogy felkelni is alig tudott. Az előhívott orvosok csak hasfali zúródást állapítottak meg s nyugalmat rendeltek. Csakhamar csuklás, hányás jelentkezett, a sérülés óta székszelérekedés és több ízben bélsárhányás.

Felvételkor a súlyos collapsusban levő beteg hasfala igen feszes, diffuse érzékeny, de főleg a bal hypogastriumban, pulsusa felületes, percenként 104. Nagyfokú meteorismus. Legnagyobb a reflektorius izomösszehúzódás a bal hypogastriumban. Hólyagsapó-láskor nyert vizelet 150 cm.³ idegen alkotó elemek nélkül. Azonnal laparotomia a legnagyobb izomösszehúzódás felett a bal hypogastriumban (MAKARA tanár); a hasürből sok zavaros vörhenyes savó ömlik elő, a vékonybelek savós hártájaja diffuse belövelt, rostonyás felrakódásokkal, egyes vékonybélkacsok lapszerűen összetapadtak, a Douglasürben igen sok, paradicsom mártáshoz hasonló dögbűzű izzadmány. A Douglasürt a végbél felé drainezzük, a hasüregét drainezzük és nyitvakezeljük. A lefolyásban 14 napig tartó esti 38—38·7 °C hőemelkedést észleltünk; a betegnek műtét utáni nap beöntésre szék- és szélürülése volt, a hányás megszűnt. A Douglasdrainaget 6-od napra megszüntetjük. A sebből 8-ik és 10-ik nap kevés híg bélsár is ürült. Egyébként zavartalan lefolyás mellett a beteg 8 hét alatt teljesen gyógyult, súlyban 3 kg-mot gyarapodott.

Az eset érdekessége egyfelől abban rejlik, hogy a sérülés után 63 órával került műtetre, másfelől, hogy nem annyira a bélrepedés magában, mint inkább az annak következtében beállott általános hashártyagyulladás és a körülírt Douglas-tályog uralták a kórképet.

2. GYERGYAI dr. 40 éves napszámost mutat be, kit MAKARA tanár pylorus stenosis miatt operált, a szokott módon gastroenterostomia retrocolica posteriort végzett nála. Laparotomiánál kitűnt, hogy szinte az egész colon transversum feletti ú. n. supraomentalis hashártya felületek között laza álszalagos edényzett összenövés volt található. Ezen álszalagok között a peritoneumon köles, egészen rízszemnyi nagyságú fehéres tömöttebb, plaquesszerűen kiemelkedő szemcsék mutatkoztak. A kis curvatura közepe táján fehéres kisebb terjedelmű hegedés volt észlelhető. Ezen hegedés, valamint az odanövés által a gyomor megtörtetve látszott, középen felfelé volt húzódva. Daganatot tapintani sehol sem lehetett. Pylorus szűkületének fokáról a meggyőződést az összenövések megakadályozták.

A kis curvatura tájáról szövettani vizsgálatra eltávolított két szemcsét kötőszövetbe, fibroblasták és óriás sejtek közé betokolódott búza és rozs magburok részletei képezték. Növényi rostokkal legtöbb helyt óriássejt teste érintkezik, a magvak a sejt ellenkező polusán gyűlnek össze; növényi rostokon az óriás sejtekkel érintkező részen felszívódás nyomai látszanak. Az eset és a szövettani kép igen hasonló ahoz, a mit a bemutató PURJESZ tanár emlékkönyvében és „Ziegler Beiträge“-ben (Bd. 42. p. 464.) leírt. Az eset létrejövetelét úgy magyarázza, hogy valószínűleg ulcus pepticum révén átfürödés jött létre, melyen át a tápasatornából bennék jutott a szabad hasüregbe s a supraomentalis részen szétkenődött, az átfürödés azonban csakhamar újból záródott, a bennék a tápszernövény részletekkel pedig a hashártyán körültokolódott.

Az esetet a bemutató előbizonyítéknak tartja arra, a mire múlt esete kapcsán már reá mutatott, hogy a tápasatornából a szabadhasüregbe bekerült és szétkenődött bennék bizonyos igen kedvező körülmények között teljesen körültokolódhatik anélkül, hogy halálos általános peritonitist idézne elő.

Hozzászól: SÁNDOR ISTVÁN, MAKARA LAJOS.

3. ELFER ALADÁR *meningitis cerebrospinalis epidemica* esetét mutatja be.

4. PÉTERFI TIBOR előadása: 2·5 mm. hosszú emberi embryum bemutatása (vetített képekkel.)