

Jegyzőkönyvek

az „Erdélyi Múzeum-Egyesület“ orvostudományi szakosztályából.

Elnök: PURJESZ ZSIGMOND tanár.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL dr.

I. szakülés 1906. januárius 26-án.

I. HEVESI IMRE dr. bemutatása:

A bemutatott eset ahhoz a jelentékeny fejlődéshez járul hozzá egy adattal, melyet a serumtherapia a lépfene gyógyításánál az utóbbi években vett. BORMANS már 1903. júliusáig 300 esetet gyűjtethetett a kontinensen; ezeken kívül Angolországban is több eredményes vérsavó-gyógyítás lett ismeretessé. Hazánkban a lépfene serumtherapiájának állásával ELFER kartárs foglalkozott legutóbb a Gyógyászat 1907. évi 3. számában, egy előttünk is ismert belklinikai eset kapcsán, melynél sebészi beavatkozás (ignipunctura) mellett a DERRE-féle serum alkalmaztatott jó eredménnyel. A bemutatott eset szintén a mellett látszik bizonyítani, hogy a hazai készítmény ép oly hatásos, mint a külföldiek, pl. a SCLAVO- vagy SOBERNHEIM-féle, melyekről a „The Practitioner“ 1906. novemberi füzetében W. D'ESTE EMERY emlékezik meg.

Esetünkre térve, betegünk B. András, 43 éves válaszüti földmives 1907. jan. 18. délben jelentkezett a sebészeti klinika járóbeteg rendelésén. Előadta, hogy jan. 16., tehát két nappal az előtt délben a jobb szemöldöke külső oldalának alsó szélén egy kis pattanást vett észre, mely viszketést okozott neki. Az nap d. e. a községen átvitt ló- és marhabőröket nézegetett, melyeket lehet, hogy meg is tapogatott. Este a tetejét lekaparta. Másnap reggelre jobb szeme be volt dagadva. Maga nem vette volna komolyan a dolgot, mert nem fájt, hanem a községi iskola igazgatója figyelmeztetésére mégis orvoshoz fordult, a ki baját veszélyesnek jelezte és klinikánkra utasította.

Az erőteljes, egyébként ép szervezetű betegen felvételekor a következő helyi elváltozás észleltetett: A jobb szemhéjak duzzanata

folytán a szemrés zárva van; a duzzadás kiterjed a supraorbitalis, temporalis és infraorbitalis tájra kb. tenyérnyi terjedelemben; a beszűródés merev tapintatú és fájdalmas. A jobb szemöldök külső szélén lencsényi hámtól fosztott, véres pörkkel fedett terület. A felső szemhéj fölött csoportokban tűszúrás-mákszemnyi hólyagoeszkák. Testhőmérséke 38·2 C°.

A szemhéjdúzbanatba ejtett szúrából nyert véres savó fedőlemez készítményekre és ültetésekre használtatott fel. Fedőlemezen GRAM sz. festve csoportokban és elszórtan, magánosan vagy párosan előforduló hosszú, vastag lecsapott végű, bacillusok és elszórtan számos staphylo- és streptococcus találtak. Vértvizsgálat negatív. D. u. 4 órakor a délben még egészen jó karban levőnek látszott beteg elesettnek mutatkozik, aluszékony, apathiás, hőmérséke 39·8 C°. 5 órakor a jobb vena medianába 25 cm.³ anthrax-ellenes serumot (a budapesti Jenner-Pasteur intézet készítménye) kap. Utána hidegrázás, hőmenete:

	7 órakor	40 C°		11 órakor	36·9 C°
	8	" 39·6 "		d. u. 4	" 36·7 "
	10	" 38·3 "		I. 20. d. e.	" 37·3 "
	12	" 38·9 "		" " d. u.	" 37·5 "
I. 19. d. e.	2	" 37·5 "		" 21. d. e.	" 36·8 "
	4	" 37·5 "		" " d. u.	" 36·9 "
	6	" 36·8 "		" 22. d. e.	" 36·4 "
	8	" 36·8 "		" " d. u.	" 36·6 "

Azóta is állandóan láztalan. A helyi tünetek a serum adagolása óta nem súlyosbodtak. A felső szemhéj és az alsó szemhéj külső felének bőre két nap alatt száraz pörkös külleművé lett, ma már élesen elhatárolódott.

A ferde agar-ra ültetett sebváladékból GRAM szerint festődő bacillusok, továbbá staphylo- és streptococcusok eredtek meg. Előbbiekből izolált ültetések ferde agaron jellegzetes anthrax-telepeket, levesben a fenékre leülepedő gyapotszerű gomolyt, gelatinán a táptalajt elfolyósító telepet eredményezett. A tiszta tenyészetből egy 330 gr. súlyú tengeri malacz 1 cm.³ 24 órás anthrax-levestenyészetet kapott a nyak bőre alá f. hó 24. délben. Az állat 26. reggelre kimult. A kissé duzzadt, vérbő lép kaparékában GRAM szerint jól festődő, magánosan vagy párosával előforduló anthrax-bacillusok. (A bakteriologiai vizsgálatot dr. FÉLEGYHÁZY mütönövendék végezte.)

Ha nem is vonunk ezen esetről általánosító következtetést, mindenesetre feltűnő a kórképnek a serum-adás után beállott hirtelen megváltozása *ad melius*, minden sebész beavatkozás nélkül. Régebben is láttunk bakteriologiailag megállapított helyi anthraxokat sebész beavatkozásokra gyógyulni; ismeretesek gyógyulások egyszerű

fomentációk mellett is, de a javulás nem állt be ily feltűnő hirtelenül.

Ezen eset pendant-ja gyanánt megemlítésre méltó egy a sebészeti klinikán négy hónappal ezelőtt kezelt eset is. Egy J. Lajosné nevű 36 éves bánffyhunyadi nő 1906. szeptember 17. a most bemutatott betegéhez klinikailag teljesen hasonló kórképpel vétetett fel, kinél az oedema malignum képét mutató beszűródés a felső bal szemhéjon 6 nappal előbb támadt hólyagoecskából keletkezett. Incisiók és ismételt ignipunctura daczára a merev beszűródés és collaterális oedema napról-napra terjedt, elül a nyakig és hátúl a tarkóig. Hőmérséke szept. 20. d. e. 38·4, d. u. 40·0 °C, 21. reggel 38·5 °C. D. e. 10 órakor a jobb vena medianába 20 cm.³ serumot kapott a budapesti Jenner-Pasteur intézet készítményéből. Egy óra múlva hidegrázás, hőm. 41·0 °C, d. u. 39·5 °C. Másnap reggel hőm. 39·5 °C; 10 órakor ismét 20 cm.³ serumot kap intra venam; egy óra múlva rázóhideg 41·2 °C hőmérsékkel. Délután hőmérséke 38·0 °C-ra szállt, három napig subfebrilis volt, azontúl láztalan. A helyi tünetek a serum adagolása után nem fokozódtak, szept. 24. a feszülés már csökkent s azontúl a javulás állandó volt a teljes gyógyulásig.

Ezen esetben anthrax-fertőzés nem volt ugyan bakteriologialag kimutatható, mert a vizsgált anyagból csak staphylococcusok tenyészttek ki; a klinikai kép azonban tökéletesen megfelelt a pustula maligna kórképének. Az anthrax-ellenes serum adagolása után szembeötlő módon beállott reactio és javulás mindenestre figyelemre méltó.

2. KENYERES BALÁZS dr. tanár hivatkozással egy a múlt fél évben tartott előadására, a melyben ismertette azt az eljárást, a melynek segítségével az ember testének vastagabb részeiről pl. mellkasról, koponyáról és medenczéről is lehet pillanatnyi képeket készíteni, felemlíti, hogy ezt az eljárást azóta is alkalmazták az intézetben sokszor, azonban azzal, kivált akkor, hogyha rövid idő alatt egymás után több fölvételt kellett készíteni, kellő eredményt nem tudtak elérni. Feltűnt, hogy a míg az első fölvétel eléggé jól sikerült, a többiek mind gyarlóbbak lettek. Az eredménytelenséget sem a Röntgen-csőnek, minthogy azok minősége a felvételek közben számba vehető módon nem változott, sem pedig az érzékeny filmeknek, minthogy ezek egy és ugyanabból a csomagból lettek véve, nem lehetett betudni. Minthogy egy alkalommal az egyik fölvételen a közvetlen azelőtt készült fölvételnek halvány képe is megjelent, arra kellett gondolni, hogy talán az erősítő ernyőnek van a későbbi felvételekre fátyolosító, rontó hatása. A pillanatnyi felvételek ugyanis úgy készülnek, hogy az érzékeny film két erősítő lemez közzé lesz helyezve az átvilágítás alkalmával. Ezek az erősítő ernyők már most

a Röntgen-sugarak hatása alatt fluoreskálnak, azokon zöldesen villogó képen jelenik meg az átvilágított testrészt árnyéka, és ez a villogó kép támadja már most két oldalról az érzékeny réteget. Ez a fluoreskáló kép egy időre megmarad akkor is, hogyha az ernyőt a Röntgen-sugarak hatása alól eltávolítjuk és ez rontja meg azután a következő fölvételre használt filmet. Hogy ez tényleg így van, arra könnyen lehetett bizonyítékot szerezni. Az erősítő ernyőt, a melyre egy csontváz kéz volt elhelyezve, előbb magában megvilágították s azután a sötét szobában érzékeny film lemezre ráhelyezve, 2 órán át ott hagyták. Ugyanezt a lemezt azután egy alkar fölvételre használták s az előhívásnál nemcsak az utóbbi, hanem az előbbi fölvételnek képe is jól meglátszott. Ezen az alapon további vizsgálatokat végeztek oly módon, hogy az erősítő ernyőre egy kulcsot helyezve, azt megvilágították és azután a sötét szobában félóránként váltott filmlemezekkel hozták érintkezésbe. Az első kísérletsorozat 8 óra hosszat tartott és a kulcsnak a képe mind a 16 filmen megjelent, tehát az erősítő lemezen lappangó képnek még 8 óra múlva is volt hatása. A 17-ik film egész éjjel 12 órán át az erősítő ernyővel egyesítve maradt és reggel lett előhíva, a mikor is még nagyon szép képet lehetett kapni. Ekkor egy újabb 18-ik filmet helyezve közbe, az egy fél óra múlva képet nem adott, a 19-ik azonban, mely két óra hosszat érintkezett az erősítő lemezzel, a kulcsnak képét még jól kiadta.

A vizsgálatokat az intézetben még tovább fogják folytatni annak eldöntése végett, hogy vajjon mennyi ideig marad meg a fluoreskáló kép károsító hatása s hogy így mennyi idő múlva lehet az erősítő ernyőt újból használatba venni, nemkülönben arra nézve is, hogy vajjon lehetséges-e valamely módon a fluoreskálást gyorsabban megszüntetni.

Ez alkalommal tapasztalatát csak azért említette meg, mivel tudja, hogy más egyetemi intézetek is dolgoznak erősítő ernyőkkel és elejét akarta venni, hogy a másoknak is hasonló bosszúsága legyen, mint a milyenben felvételeinek elromlása folytán neki része volt.

3. VERESS ELEMÉR dr. előadása: A gátlás és más beidegzési jelenségek *Cossus ligniperda* hernyóin. (L. jelen füzet 1—19. lapjain),

II. szakülés 1907. februárius hó 9-én.

1. GAÁL MIHÁLY bemutatása:

F. Gy.-né 23 éves, I. Gr. januárius 22-én vétetett fel a szülészeti klinikára. Jelen állapot: A nyak mellső részén jókora férfifékölnyi struma. A megnagyobbodás mind a két, sőt a középső lebenyre is kiterjed. Állítása szerint már születésekor tyúktöjásnyi volt a golyvája.

Jan. 26. rendes szülés I. koponyatartás mechanizmusával. Kiviselt rendes fejlettségű magzat livid asphyxiában születik. Magzatnál a pajzsporcznak megfelelőleg kb. diónyi nagyságú, éles határral bíró, puha tapintatú, alapjához rögzített terime megnagyobbodás. KÜSTNER Thüningiában, hol a golyva járványszerű, észlelt hasonló eseteket.

Említésre méltó, hogy a csecsemő anyján kívül, az atyjának, az anya öt testvérének, kik közül 3 leány, 2 fiú, a nagy szülőknek, a nagyanya öt testvérének vannak golyvai. Állítólag mindannyian azzal születtek. Kretin közöttük nem fordult elő, úgyszintén Basedow-kóros sem.

Hozzászól ELFER ALADÁR és felvilágosítást kér a többi hozzátartozók halálukat illetően, különös tekintettel az esetleg fennálló status thymico-lymphaticusra.

2. KANITZ HENRIK dr. *Onychia et paronychia syphilitica* esetét mutatja be.

A 11 hónapos leánygyermeket anyjával együtt 1907. II. 5-én vittük fel a bőrklinikára. *Kór előzmény*: Három hónap óta újjain, 3 hét óta végbélnyílása körül vannak kiütések. Anyja 1906. febr. havában recens luessel klinikánkon kezeltetett. *Jelen állapot*: Erőteljes, jól táplált csecsemő, ép csontrendszerrel, jól fejlett izomzattal. A két kéznek valamennyi ujja, mindkét oldalon 1—1-nek kivételével, a bal lábon 1, a jobbon 2 újj mutat kóros elváltozásokat. A megbetegedett újjak körömperce erősen duzzadt, a fedő bőr lividvörös, cyanotikus, a körömsáncz kisebb-nagyobb mértékben beszűrődött, helyenként kifekélyesedett. A körmök distalis fele fénytelen, bágyadt, piszkos szürkés-sárga színű, egyenetlen felületű. Az elváltozott körömrészlet leemelődött a körömágyról és az ily módon keletkezett hézagot egy szarutömegéből és beszáradt genyes-savós váladékból álló massa tölti ki, melynek eltávolítása után a körömágnak kifekélyesedett, genyedő felülete látható. Az újjak szabad végén kisebb-nagyobb fokú hyperkeratosis. Ezen elváltozások alapján gyanúnk a körmök lueses megbetegedésére irányult és azon körülmény, hogy a kis betegnél még egyéb, nyilvánvalóan lueses elváltozásokat (ú. m. hypertrophiás papulákat a végbél körül és nagy ajkakon, elszórtan papulákat a végtagok bőrén) találtunk, beigazolta az onychia et paronychia syphilitica felvételét.

Mindezen elváltozásokat egy szerzett lues jelenségeinek tartjuk, noha az anya syphilise folytán az öröklött syphilis esélyével is kell számolnunk. A syphilis szerzett volta mellett szól, hogy a gyermek anyja a terhesség VII. hónapjában acquirálta a luest, oly időben tehát, mikor a postconceptionalis syphilis átöröklődése a magzatra rendszeren már nem szokott bekövetkezni. Az a körülmény, hogy a gyermek rendes időre, a 9 hónap végén született, hogy az

első lueses elváltozások a extrauterinalis élet VIII. hónapjában mutatkoztak, hogy a hereditarius lues jelei nem észlelhetők rajta, indokolják a szerzett lues felvételét, melyet nem utolsó sorban a gyermeknek feltűnően jól fejlett volta és kitűnő tápláltsága is támogat.

ELFER ALADÁR dr. azt a kérdést intézi a bemutatóhoz, nem gondolt-e a germinatiós öröklésre apai részről?

KANITZ HENRIK dr.: Jogosultnak tartja e kérdés felvetését. Noha jelen esetben pater incertus est, a paternalis germinatiós infekcióra is kell gondolni. Bemutató is számolt e lehetőséggel, csak azért nem említette, mert azt hiszi, hogy az öröklést az apai ivarsejtek közvetítésével ki lehet zárni. A magzatnak kihordása, rendes időre való születése, a tünetek késő jelentkezése (az öröklött lues jelei rendszeren még az extrauterinalis élet első heteiben legkésőbb az első negyedévben mutatkoznak) és a gyermek erőteljes, jól fejlett volta, szemben a hereditarius lueses gyermekek kachexiás, satnya voltával, az apai részről való átöröklés ellen szólnak. Természetesen csak nagy valószínűséggel lehet e kérdésben nyilatkozni — és nem abszolút biztonsággal.

3. VESZPRÉMI DEZSŐ előadása: „*Agy glioma esete. Adatok a neuroglia szövettanához*” czímmel.

ELFER hozzászólásában kiemeli VESZPRÉMI AZUR festésének előnyös képeit.

PÉTERFI TIBOR a bemutatott esetnek ideg szövettani jelentőségére utal. Abból a tényből, hogy a glióma mikroszkopiumi készítményeiben a gliarostok oly önálló jelleggel bírnak és a sejttesttől oly elütt színezetűek, azt az impressiót nyeri, hogy a gliaszövetnél is mint az ideg szövethálánál lehetséges lesz megkülönböztetni rostokat termelő sejteket, (melyek a neurofibrillumokat képező idegsejteknek felelnének meg) és önálló, ismeretlen jelentőségű sejtelemeket, (melyek a dúcsejtekkel volnának összefüggésbe hozhatók. Ezt az impressiót támogatja a gliaszövet histogenesisének mai felfogása, mely szerint a glia az ideg-dúc szövetnek alacsonyabb fejlődési fokon megállapodott testvérszövege s így talán nem jogosulatlan a gliaszövet egyes alkotó elemeinek szerepére vonatkozólag az ideg-dúc szövetnél megismert jelenségekről analógiát keresni. Szerinte a rosttermelő sejteknek azokat a kis sejttestű elemeket lehetne tekinteni, melyek látzólag a gliarostokkal a legszorosabb összefüggésben állanak, s a melyek sejtteste mellett a bemutatott esetben a sejttesttől differenciálódott, ívalakban meggyömbült rostokat lehet találni. A nagyobb sejttestű és sejtmagvú elemek, melyeknek összefüggése a gliarostokkal nem mutatható ki, alkothatná a másik sejtféleséget, mely alaktekintetében is a monopolaris dúcsejtekre emlékeztet. Támogatja továbbá a gliaszövetnek eme beosztását az a fejlődéstani nézet (REINEKE, LACKI), hogy a neuroglia fejlődésénél szerepe jut az ekto-

dermának (neuroepithelium) és a mesodermának, illetve mesenchymának is, mely utóbbi csiraszövet rosttermelő sejteket szolgáltatna.

A mi a gliómák embryonalis csirokból való eredetét illeti, megemlíti, hogy ezt a nézetet támogatja LENHOSSÉK-nek 1891-ben mutatott 14 cm. hosszú ember embryuma, melyben jól lehetett látni, hogy a canalis centralis hátulsó részletének záródásánál, az ott elhelyezkedett ependyma sejtek egyenesen átalakultak gliasejtekké, anélkül, hogy helyüket elhagyták volna. Nem valószínűtlen, hogy az agygyomrocsok záródásánál lefűződő ependyma csirok, a lefűződött részlet lumenének obliterálódása után, gliatelepekké alakulnak, melyekből gliómák fejlődhetnek. Jelen esetben is az agygyomrocsokhoz közel fejlődött.

III. szakülés 1907. februárius hó 16-án.

Elnök: UDRÁNSZKY LÁSZLÓ tanár.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL dr.

1. KANITZ HENRIK *Argyrosis* érdekes esetét mutatja be egy 42 éves férfi személyében, kit f. hó 14-én vettek fel a bőrgyógyászati klinikára. A beteg arca és hajzatos fejbőre pala- vagy aczél-szürke, erősen kékes árnyalattal. E kóros szín az egész arczbőrt illeti diffus kiterjedésben, csak elszórtan láthatók a bőrben lencsényi és nagyobb atrophias szigetek vagy hegek, melyek piszkos-fehér színükkel tarkítják a képet. A törzs és a végtagok bőre is mutatja, bár egész halványan, a kékes-szürke színárnyalatot. Azonkívül a köztakaró számos helyén látni symmetriás elrendeződésben különböző nagyságú és alakú kávébarna pigment-foltokat, melyeknek közepét legtöbbször egy finom, felületes, fehér heg képezi, míg szélükön sok helyütt egy, a sclerodermás góczokra emlékeztető kékes-vörös szegély látható. A kóros pigmentatio a körmökön is kifejezésre jut. Nagyon kifejezett a nyálkahártyák elváltozása, a mennyiben nemcsak a kötőhártyák mutatják azt a sajátságos pala-szürke, kékesbarna színt, hanem a száji nyálkahártya is, a melynek még vörösnök látszó helyein is áttünik — tompítva ugyan — a kóros pigmentatio. Az alsó gingiván egy majdnem fekete festeny sáv vonul végig és a garatür hátsó falán is kb. egy 5 koronás kiterjedésében egészen sötét-kék, majdnem fekete a nyálkahártya színe. A belső szervek részéről kóros elváltozások nincsenek jelen, vizelet normalis, a szemfenéki lelet ép viszonyokat tüntet fel. A garatür hátsó falán és a baloldali arcus palato-pharyngeuson egy-egy kis lepedékes fekély látható.

Az argyria kórisméjét jelen esetben kétségtelenné teszi a kórelőzményi adatok, melyeket a beteg intelligenciájával arányban

nem álló pontossággal és elevenséggel ad elő. 6 év előtt ugyanis állítólag fekély volt penisén és kiütések a köztakaróján, legsűrűbben arcán és szájában. Ezeket orvosa syphilitisnek kórismézte és kenő-kurát rendelt el, azonban a beteg ennek mellőzésével lapis-pálczát vásárolt és azzal ecsetelte az elváltozásokat. Begyógyulásuk után is állandóan lapisolta arczát és a szájür nyálkahártyáját, folyton újabb lapis-pálczákat szerezve magának. Nem mulasztott el 6 év óta egyetlen napot sem, néha naponta 3—4-szer is végezte az ecseteléseket, sokszor éjjel, lámpafénynél is ecsetelte magát, sőt a kórházba jövelekor az útra is magával vitte lapis-pálczikáját és kézitükrét, hogy „*el ne hanyagolja baját*“. E mellett az ecseteléseket mindig nagyon energicusan, nagy kiméletlenséggel végezte.

A bemutatott esetben tehát kétségtelenül egy, az *argentum nitricum* okozta kóros pigmentációval, *argyrosissal* állunk szemben. A sokszor megismételt lapisozás következtében az arcon és hajzatos fejbőrön, valamint a szájüri nyálkahártyán kezdetben egy *argyria partialis ex imbibitione* jött létre, de ehez a nyállal oldott állapotban lenyelt ezüstnitrátnak, illetőleg az ecsetelések alkalmával minden valószínűség szerint gyakrabban letört és a gyomorba jutott lapis darabkáknak felszívódása következtében az évek folyamán egy az egész köztakaróra kiterjedő *universalis argyrosis* is társult. A lapisnak külső használata után keletkező *universalis argyriák* a legnagyobb ritkaságok közé tartoznak.

A lapis okozta kóros pigmentációt, mint ismeretes, eltüntetni nem lehet. Az *argyrosissal* szemben minden therapiai beavatkozás hiábavaló és az ilyen therapiái fanatismus szerencsétlen áldozatai számára nem marad más hátra, mint a szomorú sorsukkal való kibékülés.

2. GYERGYAI ÁRPÁD a lues második szakában fellépett *kétoldali labyrinthus-bántalom gyógyult esetét* mutatja be. A beteg 17 éves nőnél 1906. aug. második felében mindkét nagy szeméremajak belső oldalán *sclerosis syphiliticus* képződött, melylyel aug. 27-től szept. 23-ig MARSCHALKÓ tanár bőrgyógyászati klinikáján feküdt, 5 tour higany inunctio után *sclerosis*a teljesen gyógyult, ambulans kezelésre utasították, azonban nem járt el. 3 hét előtt újból felvették egy hó óta a torokban és genitáliákon fennálló exulcerált papulákkal. Pár nappal felvétele előtt már nyilalni, zúgni kezdett mindkét füle, bennléte alatt ezek a tünetek fokozódtak, erős szédülés, főfájás lépett fel nála s hallása is rosszabbodott. Egy hét előtt fülének megvizsgálása végett a sebészeti klinikára küldték.

Dobhártya mindkét oldalon teljesen ép, behuzódás nem mutatkozott, áttetsző, úgy hogy a promontoriumot, fenestra rotunda öblöcskését, a stapest jól ki lehetett venni, rajtuk semmi rendellenesség sem látszott. Eustach-kürt jól átjárható.

A tünetekből, hogy a csontos hangvezetés erősen, légvezetés kisebb fokban csökkent, *Weber*-t a jobban halló fülre localisálja, továbbá, hogy a *Rinne* mindkét oldalt positiv, kitűnik, hogy nem a hangvezető részekben van a bántalom helye, hanem magukban a hangfelfogó idegkészülékekben. Arra nézve, hogy a csigának melyik része bántalmazott, pontos vizsgálatot, az egész hangscálának nem lévén birtokában, nem végezhetett, de pár hangvillával, a mivel rendelkezett, az tünt ki, hogy baloldalt a közép- és mély hangok, jobb oldalt főképpen a középső hangok iránti érzékenység szenvedett.

A beteg szédülésről panaszkodott, járása, mozgása bizonytalan volt, lassan a földet nézve ment. Összetett lábakkal jól tudott állani, de csak ha szemei nyitva voltak, ha azonban szemeit becsukta, vagy még kifejezettebben, ha féllábára állott, mindig következetesen balra dült. A szemeken jobbratekintésnél mérsékelten, balratekintésnél jól kifejezett nystagmust talált. Az egyensúly-érzék ingerlékenységét különböző ingerekkel szemben vizsgálta: 24 C fokú víz pár cm.-ének a bal külső füljáratba fecskenkezésére ép dobhártya mellett két-három perczig tartó igen erős szédülés, hányás, jobbfelé irányzott nystagmus lépett fel. Galvan áramnál, ha a kathod-sarkot a bal, az anod-ot a jobb proc. mastoideusra helyezte nyitott szemmel a beteg, még mielőtt az áramerősség az egy Ampert elérte volna, balra dült és szédülésről, rosszullétről panaszkodott; ha a kathod jobboldalra, az anod b. o.-ra volt helyezve, hasonló tünetek egy és két A. között léptek fel. Forgatható székre téve a beteg már az első forduló végén rosszullétről panaszkodott, nyitott szemmel is a forgatás irányába esett, ellenkező irányú, jól kifejezett nystagmus lépett fel nála. Vizsgálataiból kitűnik, hogy az egyensúly-organum mindkét oldalt fokozott izgalomban volt és hogy kis ingerekre nagyon erősen reagált.

Ezeket a tüneteket előadó a bemutatás előtt 6–7 nappal észlelte, attól kezdve a beteg fokozatosan javult s a bemutatása előtti napon úgy subjective, mint objective teljesen gyógyultnak volt mondható.

Abból, hogy a középfül, agy, agy-idegek, a belső szervek részéről semmi más oly elváltozást nem talált, melyeknél labyrinth, vagy n. octavus bántalma elő szokott fordulni, trauma nem ment elő, továbbá abból a körülményből, hogy a beteg fül bántalma akkor lépett fel, midőn a másodlagos lues tünetei is a leginkább ki voltak fejlődve, 3-00 gr. napi higanybedörzsölésre mutakozó gyógyulását a papuláknak nyomon követte a labyrinth-bántalom javulása, arra következtet, hogy a bemutatott esetben a labyrinth másodlagos lueses megbetegedése volt jelen.

Ezután pár szóban rámutat a labyrinth másodlagos lueses

megbetegedésének ritkaságára késői, vagy világra hozott labyrinth-syphilissel szemben.

Hozzászólás: KANITZ HENRIK nem foglalkozik érdemileg magával az esettel, csak azt hangsúlyozza a bemutatás kapcsán, hogy a visceralis szerveknek, központi idegrendszernek, érzékszerveknek lueses megbetegedései a syphilis korai szakában sokkal gyakoribbak, mint azt gondolják. A labyrinth-luest illetőleg megjegyzi, hogy MARSCHALKÓ tanár nyaranta 2–3 ilyen beteget lát Lipikén, de ezek mind a késői stadiumból valók. Annál érdekesebb a bemutatott eset, melyben a belső fül bántalma a lues második szakában lépett fel és antilueses kezelésre, mint a korai elváltozások általában, gyógyult.

Hozzászól még UDRÁNSZKY tanár.

3. GÁMÁN BÉLA *laryngitis hypoglottica hypertrophica chronica* esetet mutat be. A beteg 2 és $\frac{1}{2}$ hónap óta kezeltetik a klinikán a SCHRÖTTER-féle tágitó csövekkel. Az eredmény kielégítő, a megnyiben az addig súlyos stenosises tünetek jelentékenyen javultak. A beteg most már maga vezeti be a tubusokat a legnagyobb könnyűséggel, a mit az ülés előtt demonstrál is.

4. KENYERES BALÁZS előadása: *A stuttgarti vándorgyűlés; külföldi intézetek ismertetése.*

IV. szakülés 1907. februárius 23-án.

MAKARA LAJOS tanár előadása: *„Tapasztalatok a lumbalis analgesiáról és e tan mai állása“* címmel. (L. Értesítő 20—35 l.)

V. szakülés 1907. márczius hó 2-án.

1. SZEGEDY JÓZSEF *hasi actinomycosis* esetet mutat be.

Pár héttel ezelőtt egy hasfali actinomycosis esetet mutatott be. Érdemesnek tartotta a jelenlegi eset bemutatását is, hogy egyfelől felhívja a figyelmet a betegség gyakoribb előfordulására, másfelől a multkori súlyos esettel szemben, annak mintegy könnyű alakját mutassa be. A jelen eset egész lefolyásában szokatlan enyhe volt s kis beavatkozásra feltűnő rövid idő alatt gyógyult.

S. F. 20 éves asztalos-segéd felvétetett 1906. decz. 21. A beteg előadja, hogy két és fél évvel ezelőtt állítólag súlyemelés után jobb oldala fájni kezdett, majd a jobb alhasban daganat képződött, mely szürke kenőcs alkalmazására öt hét alatt elmúlt. Görcse, hasmenése, székrekedése, láza nem volt. E bajának elmúltával ismét teljesen egészségesnek érezte magát, míg öt héttel ezelőtt állítólag ismét nagyobb teher emelésekor fájdalmak jelentkeztek az alhas jobbfelében, melyek járás és munkaközben fokozódtak.

Felvételkor a has egészben véve, puha tapintatú, a jobb hypogastrium nyomásra kissé fájdalmas, e helyen resistentia tapintható, mely tömött és, sima felszínű, a csipőtányérral összefüggésben látszik lenni; a resistsens terime-nagyobbodás a spina ant. sup. magasságában kezdődik és le- és befelé majdnem a Poupart-szálalag, illetve a középvonalig terjed, felette a hasfal szabadon mozgatható, ellenben a terime nagyobbodás fix, nem mozgatható. Hőemelkedés nincs.

1907. jan. 5. lelet változatlan, próbapunctio a homályos fluctuatio miatt, lelet negativ. Jan. 12. terimenagyobbodás növekszik, hasfal felette nem tölthető el, hőmérsék fokozatosan emelkedik.

Jan. 28. incisio; a Poupart szálalaggal párhuzamosan kb. 10 cm. hosszú metszés. A hasfal megnyitása után sarjszövetvel kitöltött üregbe jut, éles kanállal való kikaparása után jodoform-gazé tamponálást és drainaget alkalmaz. A sarjszövetben FÉLEGYHÁZI ERNŐ kartárs actinomyces-szemeséket talált.

A beteg másodnapenkénti kötést kap, az infiltratio gyorsan visszafejlődik, az üregből igen kevés váladék jelent meg. Jelenleg felületes kisarjadzó seb látható csupán.

Hozzászólás: ELFER ALADÁR kérdi előadótól, vajjon az eddig észlelt eseteiben mindig jobb oldalon találta-e előadó az actinomycesist?

HEVESI IMRE hozzászólásában felemlíti, hogy a sugárgomba betegség lefolyásában tényleg, mint bemutató is említette, nagy eltérések mutatkoznak. Még az általan könnyebbnek tartott állkapocs-actinomycesisnál is találkozunk igen súlyos alakokkal, melyek gyorsan, egy-két hónap alatt már a koponyaalapot elérik, míg más-kor a folyamat fél—egy éven át is aránylag felületes marad. Fel- említi ezt illusztráló két esetét. Az egyiknél, 20 éves, erőteljes asz- szonynál súlyos, egy 14 éves vézna fiúnál aránylag enyhe volt a lefolyás. Erdélyben az utóbbi időben 1900 óta, mikor hozzászóló az elsőt bemutatta, mind gyakrabban kerülnek észlelés alá az acti- nomycesis esetek.

2. KONRÁDI DÁNIEL *a veszettség gyors és biztos kórismézésének nehézségeiről* szól. Legkönnyebb a kórisme, ha az élő állaton jelent- kező tüneteket látja az ember, ámbár vannak úgynevezett *atypusos* alakok, melyeknél a tünetek nem olyan jellemzetesek. Már jóval bizonytalanabb a kórisme megállapítása az állat tetemvizsgálatából, mert a gyomorban található idegen testek, az emésztőcsatorna és légzőszervek kisebb-nagyobb fokú hurutja hiányozhatnak, vagy pedig más okokból is származhatnak. Legbiztosabb módnak bizonyult ilyen esetekben az állatkísérlet. Ez azonban csak két-három hét múlva ad felvilágosítást.

Érthető tehát, hogy mily érdeklődéssel fogadta a tudományos világ NEGRI felfedezését, a kinek vizsgálódásai szerint a kóborveszett-

ségben elhullott állat (főleg kutya) Ammon-szarvában, valamint a központi idegrendszer más helyein határozott alakokkal és szerkezettel bíró képletek vannak, melyeket előadó rajzokban demonstrál. Ezeket a testecskéket NÉGRİ a vezettség parazitáinak tartotta és protozoonoknak nézte. Egészséges, vagy másféle betegségben elpusztult állatokban sohasem találta, így tehát a vezettségre fajlagosak. NÉGRİ felfedezését a bűvárok igen nagy része megerősítette, csupán parazita természetük ellen támadtak ellenvetések. Valódi természetük ma sines megállapítva, de az a körülmény, hogy a mikor megtalálták, az állatkísérlet is bizonyító volt, nagy mértékben emelte diagnostikai jelentőségüket. Előadó ismerteti ezután a NÉGRİ-testecskék eddigi irodalmát és bemutat kóbor-vezettségben elhullott kutyából, valamint megállapodott ragálylyal (fix vírus) beoltott nyúlból származó NÉGRİ-féle testeket. Vizsgálódásait tovább folytatja különösen abban az irányban, hogy vajjon megtalálhatók-e ezek a testecskék mindazokban a részekben, a melyek a fertőző anyagot tartalmazták, különösen a nyálban és nyálmirigyekben, melyekben a kimutatásuk eddig még senkinek sem sikerült.

3. HEVESI IMRE bemutatása: „*Világra hozott sokszoros izületi merevség és ferdesség esete*“. G. E. $\frac{1}{4}$ éves leánygyermek 1907. febr. 21. vétetett fel a sebészeti klinikára. Az egyébként erőteljesen fejlett gyermek valamennyi végtagja sokféle eltérést mutat a rendes alaktól és állástól, valamint számos izületének mozgékonyága is rendellenesen korlátozott. A ma látható kóros elváltozások születésekor is meg voltak és mind a két oldalon egyformák.

Vállizületei a kar közelített állásában merevek, igen csekély passivus mozgathatósággal, miért karjait törzséhez szorítva tartja. Könyökizületei egyenes feszítésből csak minimalis hajlítást engednek meg. Alkarjai borintásban állanak.

Kezei dorso-volaris irányban középállásban vannak, passive mindkét irányban mozgathatók; ellenben a singcesonti oldal felé erősen el vannak hajolva, mi által a *manus vara* tiszta képét mutatják. Hüvelykújjai a fejlődésben elmaradtak, oppositióban és az alapizületben hajlítva állnak.

Felső végtagjai mozgásképségének majdnem teljes hiánya miatt a gyermek sajátságosan ügyefogyott benyomást kelt, különösen ha mozgáskísérleteknél, vállal emelgetésénél és törzse ide-oda ingatásánál többre nem tudja vinni. Még lapoczkacsont forgatás sem áll rendelkezésére, hiányzó karmozgásai pótlására.

Alsó végtagjain is több rendbeli eltérés mutatkozik. Csipőizületei passive szabadon mozgathatók. Térdei valgus állásban vannak, melynek kiegészítő szöge mindkét oldalon kb. 25 fok; térdizületeit állandóan feszítve tartja, ezek passive mintegy 10—15 foknyi hajlítást engednek meg.

Mindkét oldalon donga-lóláb van jelen. A jobb láb bőre a külső boka előtt fillérnyi terjedelemben vékonyabb és festenyzett.

Az egyes tagrészekről készített Röntgen-képek általában a gyermek korához mért csontfejlődést tüntetnek fel. Feltünőbb eltérést mutatnak a singesontok árnyékai, melyeknek alsó vége az orsócsontoknál 7—8 mm.-rel rövidebb. A hüvelykújjak izcsontjai hypoplasiások. A lábtőcsontok magvai a dongalábnak megfelelő irányban állanak, t. i. a melyek már megvannak.

Az eset érdekessége első sorban abban van, hogy oly sokféle és mindkét oldalon symmetriásan mutatkozó fejlődési rendellenességet tár elénk. Növeli az érdekességet az a körülmény, hogy ezen sokszoros eltéréseknek egészen világos oktani magyarázatát nyerjük, ha bonczolástani viszonyaikat közelebről szemügyre vesszük. Röviden szólva, még most is sikerül az egyes tagok magzati helyzetét olyan módon helyreállítani, melyből az összes alak- és álláselváltozások — másodlagos megterhelési deformitások gyanánt — levezethetők. Azon állások, melyeket a tagok in utero minden oldali térszűke valószínűleg a magzatvíz elégtelensége miatt az ébrényi élet elég korai szakától kezdve hosszabb időn át elfogalhattak, a következők:

A felső végtagok könyökben kinyújtva, singesont felé hajlított, vagyis közelített kézzel szorultak egyenesen a törzs oldalához, miközben a tenyérbe hajtott hüvelyk a tompor mögé, az újjak pedig a far tájékára nyomódtak. A kéztő egyoldalú nyomása a singesont hosszönvéésének hátramaradását okozta. A hüvelyk egészében nagyobb nyomás alá került, vérkeringése is meg volt nehezítve és azért elmaradt kissé a fejlődésben. Az alsó végtagok magzati állását úgy kapjuk meg, hogy ha a kifelé fordított czombokat feszített térdrel a törzs mellső felületére felhajtjuk, miközben az ébrényi tartásban álló lábak egymáson fekszenek, még pedig a bal láb homorú belső széle a jobb láb külső domborulatán. A bal láb reászorulása hozta létre a jobb bokánál látható nyomásjelet.

Ebbe a helyzetbe volt a magzat beszorítva, mozgásokat nem végezhetett, minckövetkeztében csontjainak izületi végei képlékenyséüknél fogva fejlődésükben a rendellenes állásokhoz igazódtak, másrészt pedig az izületek tokhártyái, szálagai, izmai, szóval a lágyrészek növése is egyik oldalon elmaradt. Ennek kifejezése a ferdeség és pseudoanchylosis.

A végtagok izomzata a czombok hajlításán kívül activus működésre csak azért nem képes, mert a merevségek miatt gyakorlatra nem tehetett szert. Bevezetett árammal az izmok összehuzódásra ingerelhetők.

A mi a gyógyítás kilátásait illeti, el lehet várni, hogy a ferdeségek kiegyenesítése, a tagok kiigazított állásban való rögzítése,

a merevségeknek passivus mozgatásokkal való kezelése, az izomzatnak massage és villamozás által történő gyakorlása segélyével, a végtagok hasznavehetőségét kielégítő módon el lehet érni.

Hozzászólás: BUDAI tnr. kifejezést ad azon gyanujának, hogy a bemutatott esetben a könyök és térdizületek merevségét nem annyira a szűk amnionburok rögzítő befolyása, mint inkább elsődleges fejlődési hiány okozta. Bemutatja fényképfelvételben egy esetét, a melyben a végtagok veleszületett durványos fejlődésénél hiányzó alkarcsonatok mellett a felkarcsonat és kézközépcsontok egymással porcos szövet által voltak szilárdan egyesítve, tehát ízület egyáltalán nem képződött. Az ízületi üregek tudvalevőleg másodlagosan keletkeznek a porcok közt mint keskeny hézagok; ez a hézagképződés egyszer egészen kimaradhat, máskor pedig, mint talán a bemutatott esetben is, aránylag kezdetleges fokon megállapodhatik: nem fejlődik elég tág ízületi üreg, a mi az ízületi felszínnek elmozdulását nagy fokban hátráltatja. Épen a térd és könyök nyújtott tartása, a mely a méhen belüli rendes tartással annyira elleukezik, hív fel arra, hogy itt az ízületek valamely elsődleges fejlődési rendellenességére gondoljunk.

SZABÓ tnr. a maga részéről is valószínűbbnek tartja, hogy a rendellenes tartásoknak első oka az ízületek fejlődésében mutatkozó zavar. A magzat fejlődésének menetén alapuló tartás annyira állandó, hogy ily nagyfokú eltérés magyarázatára, a magzatvíz csekély mennyiségéből származó nagyobb nyomás a méh részéről alig volna érthető. Nehezen ellenőrizhető fogalom a méh nyomása, mert az a terhesség alatt egy tonus nélküli puha zsák, melyen még a belek is benyomatot hagynak, a méh összehúzódásakor válik a fal merevvé és kapja a méh a jellegzetes tojás alakot. A magzatvíz mennyisége is nehezen ellenőrizhető. A milyen könnyen értelmezhető az egyenes nyomás összenövések pl. amnion szalagok következtében, vagy daganatok következtében, vagy a hasüregben fekvő magzatoknál, pl. a gerincz oszlop által, ép oly nehezen érthető a képződés rendellenességeinél általánosan odavetett tétel; a méh nyomása kevés magzatvíz miatt.

VI. szakülés 1907. márczius hó 9.-én.

1. HEVESI IMRE dr. betegbemutatása: *Világrahozott mindkét oldali mellső térdficzamadás esete.*

I. L. 1 éves leánygyermek 1907. márczius hó 7.-én vétetett fel a kolozsvári egyetem sebészeti klinikájára. Szülei egészségesek, családjokban hibás testalkatúak eddig nem fordultak elő. A gyermek anyjának ötödik terhességéből származik. Az első négy terhesség alatt anyja semmi rendellenességet sem vett észre magán s az ezek-

ből született gyermekek épek voltak. Utolsó terhessége alatt hasában rendkívüli feszülést érzett, a magzatmozgások több ízben szokatlanul fájdalmasak voltak. A gyermek megszületése normalisan, fejfekvésben történt. Alsó végtagjait mindjárt születése után túlfeszített térdekkel törzse mellső felületére hajtotta fel, lábait a vállaira tette azon állásba, melyet nála 4 hónapos korában még majdnem állandónak láttam s a melyhez hasonlót a gyermek még most is gyakran önkényt felvesz. Ezen állásban a czombok a hasra vannak felhajlítva, a térdek túlfeszítve, a lábak mérsékelt varus-állásban belső oldalukkal a kulcsontok táján a törzsre, illetve a nyakra ráfeküsznek, míg a térd a törzstől mintegy 3 harántujnyira eláll. Születése után, a mint szüleitől és házi orvosuktól halloltam, a lábak varus-állása sokkal kifejezettebb volt s nagymérvű lólábállással is volt kombinálva, úgy, hogy mikor alsó végtagjait a nagyjában még most is rekonstruálható helyzetbe hozta, talpai egyenesen mellfelé néztek; a mint szülei kifejezték, lábai hátra voltak fordúlva. Négy-hónapos korában ez a lábtartás már kevésbé volt meg spontán, de passivusan könnyen vissza lehetett azt állítani. Ekkor a térdek hyperextensiója még akkora volt, hogy a czombok nyújtott és kifelé nem forgatott állása mellett a lábszár az alapot nem feküdte meg s önkénytes mozgásoknál annyira felemelkedett alsó végével, hogy a czomball előre felé nyitott 135° -nyi szöveget képezett. Térdkalácsot egyik oldalon sem lehetett tapintani. A térdalji árok helyén a czombbütököt jól kiléhetett tapintani, valamint elül a sípesont izületi felszínét is. Most az alsó végtagok, ha egész hosszukban az alapon feküsznek, különösen a térdeken mutatnak szembeszökő alakeltérést. A czomb alsó végének mellső felszínén harántredőktől körülvevő mély behuzódás látszik, melyben aláfelé a tibia izületi vége tapintható. Hátul ca. 2 harántujnyira lejjebb a czomb bütökeit s a bütök közti árkot igen jól lehet tapintani. Hajlítási kísérletek ruganyos ellenállásra találnak. A sípesont izületi végének mellső széle fölött figyelmes vizsgálattal mind a két oldalon meg lehet találni a térdkalácsot, mely borsónyinál alig nagyobb és DREHMANN leírásával ellentétben nagyon közel van a tibiához s nem is igen mozgékony, mivel a quadriceps ina a sípesont végére ráfeszül. A Röntgen-kép a csontok megfelelő eltolódását és a csípőizületek congenitalis luxatióknak vehető viszonyait mutatja. Utóbbinak klinikai képe még nem alakult ki.

A most észlelhető állapot a térdizületek világrahozott mellső ficzamosodásának azt a stádiumát képviseli, melyet DREHMANN 5 esete és irodalmi tanulmányai alapján, harmadiknak nevez. Az elsőben a térdizület túlfeszített állásban rögzítve van, a sípesont izületi felszíne a czombbütök mellső, a patellának szánt felületével érintkezik. Ez állapot az egyszerű *genu recurvatum*tól abban különbözik,

hogy utóbbi sem fixálva nincs, sem a tibia izületi felszíne nem hagyta el rendes helyét, hanem túlfeszítés csak a szalagok lazasága miatt lehetséges. Születéskor esetünkben fixált genu recurvatum volt jelen. Ez lassanként átmegy a második stádiumba, mikor a tag súlya a túlfeszítést csökkenti, miközben a tibia hátsó széle körül a czombesontról elemelkedik. Mire az alszár a czombbal párhuzamos helyzetbe kerül, vagyis a harmadik stádiumban a sípesont büttykei a czombesontéi elé tolódtak. A 2. szakot a gyermek 4 hónapos korában volt alkalmam látni.

A bántalom pathogenesise ebben az esetben valószínűleg mechanikai lehetett. Közvetlen oka az izületi végek eltolódásának az alsó végtagok nyújtott állásban való fennakadása az ébrényi élet azon szakában, mikor még a felső test az alsót jóval felülmúlja. A lábnál fogva megakadt végtag gyorsabb növése túlfeszítésre vezet DREHMANN szerint, ha elegendő magzatvíz van is jelen. MÜLLER azt hiszi, hogy a magzatvíz elégtelensége okozza nyomás folytán a luxatiót. Ugy gondolom, hogy magában rendes mennyiségű magzatvíz jelenlétében sincs többé a végtagnak elég tere arra, hogy más állásba kerüljön, ha már egyszer a térd kinyújtva fixáltatott a feszítő oldal rövidült lágyrészei által. De a kezdeti nyújtott állást többféle okból lehet származtatni. DREHMANN lehetőnek tartja, hogy az izületek differentiálódásakor a térd kellő meghajlítása elmarad, de azt is, hogy a láb valamibe beleakad. A köldökzsínor is akadályozhatja a hajlítást (НОГМОКЛ). Ez a mechanikai magyarázat a gyakran jelenlevő csípőficzamok és a majdnem mindig kísérő pes calcaneo-valgust is érthetővé teszi. Feltűnő, hogy utóbbi helyett ez esetben varoquinus volt születés után; most már csak szokványos varus-állást látunk, de ez sincs fixálva. Ez eltérés az ébrényi lábfejállásnak változataiban leli magyarázatát.

A therapia repositio és rögzítés hajlításban. A visszahelyezést gyakran nehezíti az, hogy mint itt is, a hajlító inak előrefelé vannak ficzomodva s egyszerű hajlítás- vagy nyújtáskísérletnél a czombbüttyököt gomblyukszerűen közrefogják. Ezért előbb erőltetett túlfeszítésben kell a lábszárt axiális irányban lenyomni, s azután hajlítani.

Eddigélé 52 hasonló eset van az irodalomban számba véve, melyekkel összehasonlítva a bemutatóé csak a lábak tartása tekintetében tesz kivételt.

2. GYERGYAI ÁRPÁD dr.: *Felső állasont daganatot utánzó üdült Highmor-üreg genyedés esetét* mutatja be.

3. BUDAY KÁLMÁN tanár készítmény bemutatása: Bélrák 20 éves egyénnél.

4. DR. JANCÓS MIKLÓS és DR. ELFER ALADÁR egy 8 éves leány

gyermeknél észlelt madártuberculosis fertőzésről számolnak be s bemutatják a végzett állatoltásaikból származó készítményeket.

A leány egy M. M. nevű, 8 éves, állami gyermekmenhelyi ápolásba kiadott árva, kinek szüleitől semmi adat nincs. Előbb a kolozsvári állami menhelyen, később a belklinikán ápolatott csigolyaszú, később kétoldali mellhártyalob, bélgümőkór és végül gümős agyhártyalobbal, melynek következtében 1906. szept. 5.-én elhalt.

Bonezolásnál agyalapi gümős agyhártyalob, a tüdőkbén submiliáris gümők, mindkét oldali idült mellhártyalob elsajtosodással, elsajtosodások a hörgi, áll alatti és bélfodri mirigyekben, mogyorónyi gümők a hashártyán és vesékben, igen kiterjedt bélgümőkór, méh és kürtök gümőkórja és csigolyaszú találtatott.

Egy bélfodri mirigyből közvetlenül, tehát állaton által nem víve, madártuberculosisra jellegző kulturai sajátosságokat mutató tuberculosis törzs tenyésztett ki. Ezzel a törzsszel végeztek két sorozatban állatoltásokat.

Első sorozatban 1907. jan. 4.-én a II.-ik átültetésben levő glicerinas serumtenyésztettel beoltottak: 2 tengeri malaczt bőr alá, 2 nyulat fülviszérbe, 2 nyulat bőr alá, 3 tyúkot szárnyviszérbe, 1 kecskét bőr alá és 3 békát háti nyiroktasakba.

Ezen beoltott állatokból elpusztult eddig 1 tengeri malacz, 2 nyúl és 3 tyúk.

Egyik elpusztult nyúlnak a lépéből emulsiót készítve, második sorozatban 1907. I. 23.-án beoltanak: fülviszérbe 1 nyulat, 1 tengeri malaczt bőr alá és 1-et hasürbe, 1 tyúkot szárnyviszérbe és 1-et bőr alá. A nyúl szívverével visszérbe oltanak 1 nyulat.

Ezen sorozatból mostanig elpusztult: a hasürbe oltott tengeri malacz, mindkét nyúl és mindkét tyúk.

Az állatkísérletek eredménye azt mutatja, hogy az M. M. 8 éves leányka bélfodri mirigyéből kitenyésztett tuberculosis törzs teljesen olyan oltási eredményeket ad, mint a milyeneket a madárgümőkórra nézve jellegzőknek tartanak, t. i. a tengeri malaczban sem bőr alá oltásnál, sem hasürbe oltásnál nem idéz elő generalizált tuberculosis; nyulaknál fülviszérbe oltásnál, madártuberculosisnál gyakran előforduló s jellegző „typ. Sersin“ gümőkórt; tyúkoknál úgy visszérbe, mint bőralá oltásnál, súlyos máj és lép gümőkórt idézett elő.

Ezen eredmények alapján, bár még vizsgálataik teljesen befejezve nincsenek, az M. M. bélfodrai mirigyéből kitenyésztett tuberculosis törzset madártuberculosis törzsnek tartják.

5. Dr. JANCÓS MIKLÓS és dr. ELFER ALADÁR: SPENGLER SZERINT festett tbc. bac. készítményeket mutatnak be. Utalnak azokra a nehézségekre, melyek a különböző saválló pálczikák morfológiai változásait illető vizsgálatoknál felmerülhetnek. Nemcsak a külön-

böző állatfajoknál szereplő pathogén savállók, hanem az ugyanazon legszűkebb csoportba tartozók is — pld. az emberi tbc. bacillus — bizonyos körülmények között eltérő, változó alakot mutathatnak. Hivatkoznak a táptalajok különböző összetétele, hőmérséki ingadozások stb. által kimutatható eltérésekre, mik a vizsgálat a legnagyobb óvatosságra intik. Egyelőre 11 idültebb tbc. beteg köpetét vizsgálták meg, összehasonlítólág a Ziehl-féle festési eljárás és SPENGLER szerint ajánlott módszerek szerint szigorúan ragaszkodva az előírt pontozatokhoz. A köpetnél alkalmazott festési eljárásoknál azon véleményüknek adnak kifejezést, hogy az úgynevezett pikrinsavas festésnél — a már beállított készítményeken — inkább felöltők a saválló pálczikák, továbbmenő következtetéstől azonban tartózkodnak. A burokfestés átlag tömegesebbnek tünteti fel a különböző savállókat. Az u. n. „Farbecht“ eljárás azonban különösen köpet és bélsárban könnyen tévedésekre adhat alkalmat. Bemutatnak továbbá emberi tbc. és marhából kitenyésztett tbc. bac. készítményeket, részint külön-külön, részint pedig keverék formájában. Festés összehasonlítólág, mint fentebb. A szintenyészetek részint azonos körülmények között, részint pedig változó viszonyok között fejlődtek. Ezeknek különböző festési sajátosságait felemlíthetik, de teljesen SMITH, KOSSEL, WÉBER és HEUS értelmében. Bemutatnak azonkívül különböző ideig 180—190 °C-nak kitett tbc. készítményeket, majd előzőleg alcohol és chloroformmal kezelteteket, az összehasonlító festési eljárásokkal, melyek mind csak a legnagyobb óvatosságra intetik az objectiv vizsgálat.

Hozzászól: MARKBREITER DR.

VII. szakülés 1907. márczius 16-án.

1. GÓTH LAJOS dr. 6 hónap óta férjénél levő hermaphrodita esetét mutatja be.

Hermaphroditismus esetei ma már nagy számmal ismeretesekek, a közölt esetek az 500-at is meghaladják, de mivel valószínű, hogy a felismert esetek majd mindegyike köztudomásúvá válik a casuisticus irodalom mai elterjedtsége mellett, ezen szám az egész művelt világra oszlik meg. Így még mindig elég ritka tüneteknek tekintheti ahoz, hogy észlelt esetét, egy rövid bemutatásra érdemesnek tarthassa.

A bemutatandó egyén B. G. Imréné sz. N. Katalin (129—1907. f. sz.) 24 éves ev. ref. földmives asszony. Menstruációja sohasem volt, molimina sem, fél év óta férjénél van, coitusok által sem férje, sem ő nincs kielégítve s mivel ennek okát a hüvely rövid voltában véli megtalálni, azért véteti fel magát a nőgyógyászati

kórodára, hogy állapotán — esetleg operatio útján — segítsen.

Vizsgálatnál feltűnik, hogy az egész test szikár, szegletes. Arcz férfias. Végtagokon erősen rajzolt izomcontourok, sehol zsírpárna nincs. Állon, ajkon (felismerhetően rövidre nyírott) szörzet. Emlők férfias jellegűek (andromastia) alig kiemelkedők, bimbó szörzettől ővedzett. Gégeporczok kemények, kiemelkedők, de valódi Ádámsutka nincs. Férfias mellkas. Magos, férfias jellegű medence. Alsó, felső végtagokon kifejezett szörzet. Fején hosszú haj, nőiesen fésülve, homlok közepén mélyebben leterjed. Külső nemi részek tájéka erős, fekete szörzettől fedett. A szeméremdomb alatt, a clitoris helyének megfelelően kb. 5 cm, hosszú glans-sal, praeputiummal ellátott, át nem fúrt penis-szerű képlet emelkedik ki. A frenulum hosszú, éles léczgyanánt húzódik hátrafelé kb. 3 cm, hosszú rést (periscrotalis fissura) zárva be, melynek hátsó végében urethra lencsényi külső nyílása látható, hátrafelé kis, csipkézett hymenre emlékeztető nyálkahártya lebenyekkel szegélyezve, ezek az introitus vaginae szerű nyílás hátsó kerületére nem folytatódnak. Utóbbi nyílás bőven újjperczet befogadó, élénken vörös, vékony hüvelynyákhártyához hasonló béléssel bíró, vakon végződő tasakba vezet.

Kivülről az egész genitálét két nagyajkszerű, petyhűdt, zsírpárnát alig mutató bőrráncz határolja. Ezen redők mellső végeinek megfelelően, a canalis inguinalisok külső nyílásainál egy-egy jókora galambtojásnyi, here benyomását tevő képlet tapintható. A jobboldali képlet lefelé nem mozdítható, a baloldali ellenben mélyen az ajakba betolható, mire utóbbi egészen scrotum jelleget nyer (demonstratio). Ilyenkor tőle a lágyéksatornába futó köteg (fun-spermat?) feszül meg. Cremasterreflex, penis erectio képessége felől nem lehetett tájékozódni, mivel vizsgált az exploratiót csak narcosisban engedte meg, anélkül még a lefényképezésnek is ellene szegült.

Végbélnyílás szűk, újjat a kemény, feszes izomzat alig bocsátja be. Két ülőgumó látszólag a rendesnél közelebb fekszik egymáshoz. Mellfelé tapintva a kis hüvelyszerű tasak végében alig 1 cm. széles vastagabb szövet benyomását tevő rövid köteg tapintható, melynek folytatása felfelé nem ismerhető fel, prostata nem mutatható ki.

Mielőtt bemutató a felsorolt leletek klinikai méltatásába kezdhetne, röviden ismerteti azt a fejlődéstani mechanismust, a mely a külső nemi szervek fejlődését irányítja s a melynek megzavarása a bemutatott rendellenesség létrejövetelét eredményezte.

A külső nemi szervek (ivardudor, belső és külső ivarredők) a kloakagödör környezetéből származnak. A gödör mellső végéből nő ki az ivardudor, miáltal az egész hasadék hosszanti irányban kihúzzatik, mellső határát az ivardudor csúcsa képezi.

Az, hogy az ivardudor eredetileg egyenesen fejlődik-e, vagy

pedig két részletből alakul ki, nincs még eldöntve, mivel fejlődésük első stadiumai még nem jutottak észlelés alá, a legfiatalabb, eddig észlelt embryumoknál már egyes dudort találtak.

Kezdetben a dudor erősen meghosszabbodik s kb. a 12 hét tájékán a két nemnél kb. egyenlő hosszúságú, úgy, hogy ebben az időben a női ivarszervek dudora is teljesen penisszerű.

Kb. 2·5—5·0 cm. hosszú embryumoknál mindkét nemnél a dudor kb. 2 mm.-nyi kiemelkedés, melynek mellső végét többi résztől egy körkörös barázda különíti el. Ezen elkülönített részből képződik a glans clitoridis, a barázdánál pedig a praeputium. Ugyanis az említett barázda proximalis határán levő kis kiemelkedésből egy végül az egész makkot beborító bőrredő emelkedik ki.

A praeputium mindkét nemnél egyformán fejlődik ki, a redő 5¹/₂—7 cm. hosszú ébrényeknél válik először láthatóvá, 12—14 cm. hosszúságnál már az egész makkot fedi, csak csúcsát hagyja szabadon.

A praeputium a glansról csak későbbben válik el, olyanformán mint a hogy a hüvely lumene kiképződik, t. i. a makk és fityma között levő epithelsejtek szétesésével.

A leírt szerkezet elérése után a glans épen úgy, mint az egész dudor a női nemnél visszamarad növekedésében, miáltal az ivardudor a nagy ajkak között mindinkább eltűnik, kb. 20 cm. testhosszúságtól kezdve pedig a clitoris az idősebb foetusokra és újszülöttekre jellemző viselkedést mutatja.

Férfiaknál a kloaka a végbél és húgyesőnyílás kivételével teljesen záródik, nőknél csak a gát terjedelmében nő össze. A mellső nyitva maradó részletből lesz a szeméremrés, a kloaka szélének ideeső részleteinek, a belső ivarredőknek megvastagodásából képződnek a kisajkak, melyek ennél fogva fejlődésüket tekintve, nem nyálkahártya, hanem bőrképletek.

A kloaka két oldalán már 18—22 mm. hosszú embryumoknál két gömbölyded ráncz látható, ezek a külső ivarredők, melyek úgy mell-, mint hátrafelé megnyúlva 3—4 cm.-es ébrényeknél már az ivardudor basisát is körül fogják, hátul pedig a gát kiképződése után azonnal egyesülnek. Ezek képezik férfiaknál a scrotumot azáltal, hogy a kloaka záródása után a raphéban egész hosszúságukban összenőnek. Nőknél nem nőnek össze, hanem a nagy ajkakká alakulnak át.

A mint az elmondottakból látható, a külső nemi részek fejlődése a méhenbelőli élet első 12 hetében nem mutat felismerhető különbséget, a két nem eltérő bonczatani szerkezete értelmében való differentiálódása csak azután indul meg. Minthogy bemutatott esetünkben a külső genitale differentiálódása nem érte el a fejlődésnek azt a fokát, melyben az egyik, vagy másik nemnek karak-

teristicus jellegei túlsúlyba lépnek, a látható rendellenesség létrejöttét úgy kell értelmeznünk, *hogy a külső nemi részek elkülönülése megállott abban a stadiumban, a mely egy 12 hetes ébrény fejlettségének felel meg.*

Az elmondottak megállapítása után elsősorban az volna eldöntendő, hogy a bemutatott eset milyen neműnek minősítessék.

Mint ismeretes, hermaphrodita alatt — legalább a természetrajzban használt értelemben — olyan egyént kellene érteni, a kinél úgy a férfi, mint a női ivarmirigyek ki vannak fejlődve. Ilyen eset — a mint azt AHLFELD, DOHRN stb. óta tudjuk, *embernél kimutatva* nincs.

Az egyetlen régebben sokat idézett idevágó eset HEPPNERÉ volt, az újabb vizsgálatok kritikáját nem állotta meg, az általa „ovarium“-nak jelzett készítmény rajzában petefészekre jellemzőes kép egyáltalában nem található.

Természetes, hogy egyetlen positivus eset minden aprioristicus okoskodást halomra döntene, de már a priori valószínűtlennek látszik az, hogy ugyanazon egyénnél kétféle ivarmirigyek fejlődhessenek akkor, midőn külömmeműséget még *egy petéből származó ikreknél* sem észleltek soha.

Tehát az u. n. *hermaphroditismus*, vagy ha így tetszik: *pseudohermaphroditismus* eseteiben eleve tisztában kell lennünk azzal, hogy az illetők feltétlenül egyneműek, csakhogy a nemet a *külső nemi részekből* azok differentiólásának visszamaradása miatt eldönteni nem lehet, tehát még némely tankönyvnek azon meghatározása sem látszik helyesnek, hogy pseudohermaphroditismusnál férfias külső genitalnak női ivarmirigyek (ps. hermaphr. femin.) felelnek meg, női külső nemi szerveknek pedig herék (ps. hermaphr. masc.).

Azt eldönteni, hogy valamely adott esetben egy hermaphr. nőnek, vagy férfinak declaráltassék, nagyon nehéz és túlzottnak kell tartanunk FRITSCH ama kijelentését (Gerichtliche Geburtsh. Müller Hdb. 3. P. 676.) hogy beható vizsgálatnál a nem eldöntésének mindig sikerülnie kell. Hiszen azt látjuk, hogy még sectionál sem könnyű szövettani vizsgálat nélkül a leletek egyértelmű magyarázatát adni. Annál kevésbé élőnél.

Igy Arsano Mária 84 éven át szerepelt mint nő, férjhez is ment, a sectionál kiderült, hogy férfi. ENGELHARDT esetében egy 30 éven át férfinak tartott házasságban élő egyén méhrákban halt el.

Egy hermaphrodita nemének megállapításánál elsősorban azt kell tekintetbe venni, hogy a szóbanforgó fejlődési rendellenesség, általában sokkal gyakrabban észlelhető férfiaknál, mint nőknél. Peniszerű ivardudor, jól fejlett glans és praeputium férfi mellett szólnak, clitorisra emlékeztető dudor nőt gyanítat.

Fontosnak tartják a külső habitust is, mentől férfiasabb az, annál valószínűbb az illető egyén férfi jellege és megfordítva. NAGEL szerint *férfi* hermaphr.-nál annál kifejezettebb a nőies habitus és a *külső genitale* nőies typusa, mentől sorvadtabbak a herék. Kivételeket eme szabály alól is ismerünk. VICHOW jegyzi fel a világszerte legismertebb esetről Hohmann Katharináról, hogy jól fejlett heréje volt, mozgó ondószálcákkal, igen nőies külső mellett. Ahlfeld szóbelileg közli Marchand-nál ugyancsak Hohmann Katharináról, hogy később megházasodott és élő gyermeke is született.

A herék rendszerint vagy a hasüregben maradnak, vagy a canalis inguinalisban állanak meg. Megkönnyíti a diagnózist az, ha egyik, vagy mindkét here a scrotum illető felébe leszállott, nem szabad azonban feledni, hogy kivételesen ovariumok is süllyedhetnek a nagyajkakig.

Mindezeket tekintetbe véve, bemutatott esetét férfinak tartja, avval a főntartással, melyet hasonló körülmények között szövettani vizsgálat nélkül elejteni nem szabad. Ondószálcákat nem keresett, mert a vizsgálat előtti napon is megkísérlett coitus után spermatozoonok amúgy is lehetnek deponálva s így bizonyító értékkel nem bírhatnának.

Az, hogy vizsgált esetünk nemileg férfiakhoz érzett inkább vonzódást, szintén nem lehet bizonyító. Ismeretes pl. DOHAN esete, ki egy hermaphroditának férjhez menetele után 6 évvel mutatta ki kétségtelenül férfi voltát, az illető azonban szerette „férjét“ s házasságát továbbra is főntartotta. NEUGEBAUER említi egy előkelő varsói kereskedő leányának, helyesebben fiának esetét, kiről menyasszony korában derült ki valódi neme, s a ki ezután is ragaszkodott ahhoz, hogy vőlegénye nőül vegye.

MOLL (Konträre Sexualempfindung P. 388.) említi, hogy pseudohermaphroditáknál homosexualis nemi ösztön előfordulhat, s ebben fontos momentumnak tartja azt, hogy az illetőket nemük fel nem ismerése miatt gyermekkoruktól fogva a homosexualitásra ránevelik.

Könnyen elképzelhető, hogy az ilyen szerencsétlennéknél az állapotukról való felvilágosítás súlyos megrázkódtatással járhat, sőt nem egyszer öngyilkosságra is vezet, mint TARDIEU esetében B. Alexine-nél, vagy a NEUGEBAUER említette kiewi esetben. Ritkán végződik olyan kedélyes megoldással az „erreure du sexe“ megállapítása, mint PORRO esetében, midőn egy fiatal hölgnél állítólagos lágyéksérv miatt a nagyajkba metszvé, herét talált. A nyílást azonnal bevarrta s a narcosisból felocsudó kisasszonynak azt mondta, hogy csináltasson magának nadrágot és akkor mehet haza, mire az egykori kisasszony, most már fiatal úr, boldogan távozik a klinikáról.

2. KENYERES BALÁZS tanár előadása: *A Röntgen-sugarak törvénytörési orvostani jelentősége.* (Folytatás.) *A csontok sérülései. Csonttöréseknek tetsző elváltozások* címmel.

Előadó a Röntgen-képek magyarázatánál előforduló tévedéseket tárgyalja; ismerteti azokat az alakokat, a melyek alkalmasak arra, hogy törést tüntessenek föl ott, a hol a valóságban törés nincsen. Vázolja azokat a szabályokat, a melyeket be kell tartani, hogy a valóságnak lehetőleg megfelelő árnyék-képeket kapjunk s ismerteti a jól sikerült fényképek tulajdonságait. Végig menve a végtagok ízületein, felemlíti és nagy számú felvételein bemutatja azokat a fejlődési fokozatokat, rendellenességeket és járulékos csontokat, a melyek megtévesztéshez vezethetnek s eseteket említ, a melyekben ilyen elváltozásokat félre magyarázva, egyes vizsgálók tényleg tévesen csonttörést vettek föl ott, a hol az nem volt jelen.