

Jegyzőkönyvek

az „Erdélyi Múzeum-Egyesület“ orvostudományi szakosztályának szaküléseiről.

I. szakülés 1908. évi februárius hó 1.-én.

Elnök: PURJESZ ZSIGMOND.

Jegyző: KONRÁDI DANIEL.

1. KENYERES BALÁZS előadása: „Idegen testek helyének meghatározása RÖNTGEN-sugarak segélyével, a FÜRSTENAU-féle mélységmérő ismertetésével.“ (L. Értesítő 1 – 7. lapjain.)

Hozzászól: SÁNDOR ISTVÁN.

II. szakülés 1908. februárius 8.-án.

Elnök: PURJESZ ZSIGMOND.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

1. DR. KANITZ HENRIK *tonsilla-sklerosis* 3 esetét demonstrálja. A 3 eset közül 2 virgot illet, a harmadik egy 34 éves férjes aszszonyt. A fertőzés módja egyik esetben sem volt megállapítható. Bemutató utal arra, hogy Erdélyben, a hol a syphilis néha járványszerűen terjed, a betegségnek extragenitalis úton való átvitele igen gyakori. A fertőzés kapuja gyanánt ilyenkor elég gyakran szerepel a tonsilla, még pedig bizonyára gyakrabban, mint az a biztosan kórismézett esetek számából következtethető. Valószínű ugyanis, hogy egy része az eseteknek — miután az elváltozások nem mindig jellegzetesek — észrevétlen marad. A kórisme felállításánál a kísérő tünetek veendő figyelembe, melyek között első sorban a táji mirigyek viselkedése értékesítendő.

2. MAKARA LAJOS dr.: „*Orrszárnyhiány pótlása a fülből.*“ A plastika feladata legnehezebb akkor, a mikor a mütét tisztán kozmetikai czállal végeztetik, mert a hiányt az arczon a szomszédságból alig pótolhatjuk úgy, hogy annak nyoma ne maradjon, a mivel azután sem a beteg, sem a mütő nincs megelevedve.

Még egyszerű orrszárny pótlásra is aránylag nagyobb bőrlébenyt kellene venni, mintsem a mekkorának a helyét feltűnő nyom

nélkül eltüntethetnénk. Az egyszerű bőrlebeny ugyanis zsugorodik, tehát azt kettőzve, belülről is béleelve kellene alkalmaznunk. Ilyenkor tehát vagy a betegre rendkívül terhes olasz módszerhez folyamodunk, vagy a nyeletlen lebeny beültetésével tesszük próbát. Ez utóbbi módszert választotta FRITZ KÖNIG egy fiatal leánynál, midőn a lupusos orrszárny eltávolítása után támadt hiányt szerencsés gondolattal a fülből vett szabad porclebenynyel pótolta. Módszerét a berliner klinische Wochenschrift 1902. évfolyamában ismertette. Azóta mások, névszerint LEXER és EISELSBERG is sikerrel utánozták módszerét.

Mi is e módszert alkalmaztuk a bemutatott esetben, csak annyiban térünk el KÖNIG eredeti leírásától, hogy mi a fülből csak a szükséges nagyságú és alakú darabot metszettük ki, míg ő a fülből nagyobb darabot metsz ki és abból szabja ki a potló lebenyt.

A műtétet f. é. jan. 8.-án végeztük cocain adrenalin érzéstelenítés mellett. A kimetszett bőrporeclebenyt finom belső catgut és külső selyem-varratokkal illesztettük a fölsebzett orrszárnyhiány helyére. Harmadnapra a beültetett lebeny elszínesedett, a felhám levált, a savós exsudatum felületén pörkké száradt be, úgy, hogy a megtapadás felől egy ideig bizonytalanságban voltunk. Ma a gyulladás körülbelül befejeződött, a pörknek még kölesnyi nyomát látjuk a lebeny felszínén. Az eredmény úgy bennünket, mint betegünket teljes mértékben kielégít.

Itt bemutatjuk a műtét előtti állapot fényképét.

A 16 éves leánynál a jobb oldali orrszárnyhiány állítólag 3 éves korában orbáncz után keletkezett.

A fülon a defectus alig észrevehető s haja a felsőszélt különben is eltakarja.

A környezetből teljesen kiválasztott lebenyek vérrel ellátása egy időre természetesen megszűnik, minek következtében a transzplantált lebenyben előbb a degenerációs folyamatok egész sora támad s csak fokozatosan regenerálódnak.

A degeneratio és regeneratio foka, a mint ezt különösen ENDERLEN tanulmányai alapján tudjuk, a szövettféleségek szerint igen különböző. A lebenyt csakhamar leukocyták hatolják át, az epidermis nagy része az első hét folyamán lelékődik, részben degenerálódnak és felszívódnak a kötőszövet elemei is, úgy, hogy az odagyógyult lebeny jórészt újonképződött alakelemekből áll. Az újonképződés részint a lebeny életben maradt sejtjeiből, részint az anyatalaj sejtelemeiből történik. Az egész regenerációs folyamat sok hetet vesz igénybe. Leggyorsabban áll helyre a vérkeringés, már 2×24 óra alatt kifejlődnek az edényösszeköttetések.

A transplantatio sikere annál valószínűbb, minél inkább kerül a lebeny régi helyéhez hasonló v szonyok és szövetelemek közé.

Ezért is leginkább sikerülnek a replantációk, vagyis ha a leválasztott részecske visszakerül régi helyére. Jobban sikerül az autoplastika, mint a heteroplastika. Még a transplantatio legegyszerűbb alakja — a THIERSCH-féle bőrátültetés — sem mindig sikerül más egyénről vett lebenyekkel.

A porcz átültetése porczhártya nélkül nem sikerül, a porczhártya útján történik az átültetett porcz odagyógyulása.

A bemutatott KÖNIG-féle plastikánál a fülből vett bőrporez-lebény hasonló összetételű helyre kerül. Bőr a bőrrel, porcz a porcczal érintkeznek, miáltal a lebény megtapadása és változatlan megmaradása legjobban biztosíttatik.

3. MAKARA LAJOS dr.: „*Ileus esetek*“. Az ileus egyiránt érdeklí a belgyógyászt és a sebészt. Ha már az ileus megállapítása is nehézséggel járhat, így a megkülönböztetés a kezdődő peritonitis eseteitől sem mindig könnyű, még nehezebb az ileus közelebbi természetének és okának a diagnosisa, sőt mondjuk meg őszintén, ez az esetek nagy számában egyáltalán lehetetlen.

Pedig az aktív beavatkozással sietnünk kell, mert a beteget kettős veszedelem fenyegeti: egyik a bélelhalás az akadály helyén, a másik a bélhűdés és stercoraemia, mely utóbbinak kifejlődése után a gyógyítás már nem áll módunkban. Szóval ugyanazon viszonyok vannak előttünk, mint a kizárt sérveknél. De míg a kizárt sérvvel szemben egy józan orvos se késlekedik a műtéttel, az ileusnál még sokszor hajlandó a kezelő orvos várakozó állást foglalni el. A várakozás legalább is hazard játék, a mit az orvos betege rovására nem űzhet. Szabályul kell tehát felállítani a tételt, hogy ha a jól alkalmazott beöntés eredménytelen, különösen a szelek távozását meg nem indítja, azonnal a műtéti beavatkozás fogantositandó.

A f. tanévben 6 ileus esetet operáltunk, kik közül 3-at PURJESZ tanár úr volt szíves hozzánk áttenni. Eseteink az ileus változatos okának csak kis töredékére szolgálnak például, de megjelenésük és lefolyásukban így is érdekesek. Hat esetünk közül egy meghalt, öt meggyógyult.

Három esetben az ileus sérvvel állott vonatkozásban, kettőnél gondoltunk erre, egynél azonban csak a műtét derítette föl a kizáródott belső sérvet:

a) N. M. 20 éves leány. 1907 szept. 4-én hirtelen erős hasfájás és csuklás lepték meg, másnap fájdalmai fokozódtak, többször hányt, széke nem volt, szelek nem mentek, este a belgyógyászati klinikára vétette föl magát.

IX. 6. A beteg gyenge, fájdalmai igen nagyfokúak, igen gyakran hányik. A hányadék eleinte csak néhány kanálnyi, később mennyisége szaporodik és bélsárszagú lesz. A has felfuvódott, feszes,

mindeniütt érzékeny, az érzékenység a jobb hypochondriális tájon legkifejezettebb. Érverés 96, Lömérséke 36.4. Az ajánlott műtétbe nem egyezik bele.

IX. 7. Miután állapota nem javult, a műtétbe beleegyeznek. Medialis laparotomia a köldök felett, a jobb hypochondriumban az elzáródás okát nem találjuk, azért a hassebet jobbra harántul tágitjuk. Ekkor a jobb ileocecalis tájon, a vakbél mögött rugalmas, ellentálló képletet tapintunk, melyből az odavezető bélszárakat kihúzzuk. Ezen kihúzott, mintegy 15 centiméternyi vékony bélen két leszorítási barázda látható.

A savós hártya még fényes, a bél gázzal megtelődik.

Réteges hasfalvarrat. Zavartalanul, pp. gyógyult.

Ez esetben tehát egy *retrocoecalis kizárt sérv* okozta az ileust.

b) H. F. 36 éves férfi, 10—12 év óta b. o. lágyéksérve van, sérvkötőt viselt. 1908 jan. 5.-én hirtelen rosszul lett, bélrekedés és hányás lépett föl. Ismételt beöntés és ricinus után 8.-án többször volt bő ürülése. De másnap bélrekedése újra előállott, időnként hányik, szelek nem mennek, beöntések és hashajtó eredménytelenek.

I. 12. Vétette föl magát a belklinikára. A has felfuvódott, mérsékelten feszes, nyomásra sehohsem fájdalmas. Nagyobb időközökben hányik, a hányadék kissé bélsárszagú. A sérv helye üres, a kapu szabad. Beöntésre bélsaras víz távozik, de szelek nem mennek. Physostigmin eredménytelen.

I. 14. Műtét végezt a sebészetre teszik át. Állapot változatlan. Erőbéli állapot jó, érverés 92. Gyomormosás után azonnal műtét. Metszés a köldök alatt. Az egymás mellett fekvő összeesett és felfuvódott belek az *en bloc visszanyomott inguinalis sérvtömlőhöz* vezetnek. A 10 cm. hosszú bélkacs kihúzása után vörhenyes sérvvíz ürül. A bélen kettős leszorítási barázda látszik, megviselt, de életképesnek mutatkozik. A kifordított sérvtömlőt kiirtjuk, a gyűrűt összevarjuk, a hassebet rétegesen elzárjuk. P. p. zavartalan gyógyulás.

c) H. L. 73 éves férfi, jól táplált, korához képest jó erőbéli állapotban van. I. 24. este hozták a klinikára. 4 nap előtt lett rosszul, hányt, azóta állandóan rosszul van, nagy fokban felfuvódott. Előző nap állítólag beöntésre volt széke és szelek is mentek, de bejövetele napján teljes bélrekedés, beöntés eredménytelen. 35 év óta van jobb oldalt immobilis, gyermekfejnyi boréksérve.

Felvételkor a has nagy fokban felfuvódott, feszes, nyomásra nem fájdalmas. A sérv feszes, de megkisebbithető. Érverés jó.

Azonnal műtét. Előbb median-metszés. Miután mindenütt igen erősen tágult bélkacsot találunk, az eventratiót pedig a koros betegnél végzetesnek tartjuk, provisoriusan elzárjuk a hassebet és a sérvet herniolaparotomiával szabaddá tesszük. A sérv tartalma colon, az

elvezető szára összeesett, az odavezető erősen tágult. A sérvkapu tág, a bélen leszorítási barázda nem látszik, sérvvíz nincs. Ez arra mutatott, hogy az *immobilis régi sérvben akadtt meg* a keringés, s támadt az oda vezető béltractus paretikus állapota.

Ezen felvétellel a medián hassebet rétegesen bevarrjuk. A sérvben levő colonon a kellő kaptelák mellett WITZEL-féle bélsipolyt készítünk, egyébként ezen herniolaparotomiás sebet is elzárjuk. A colostomia drainjén mindjárt sok bélgáz és híg bélsár ürül.

I. 25. d. e. hőlégszekerény a hasra, d. u. glicerín csőre, mire a végbélen át is híg ürülése van. A colostomián át időnként gázok és bélsár távoznak.

Beöntések és légszekerény kezelés mellett a has fokozatosan lepad, a közérzet javul. A draint II. 2. elhagyjuk, mire a colostomiás sipoly bezáródik. A hassebek genyedés nélkül gyógyultak, csak a mediánseb alsó zugán képződött egy fillérnyi, a colostomia nyílás mellett egy 2 fillérnyi sarjadzás útján gyógyuló szétválás.

A beteget van szerencsém bemutatni.

Ez eset érdekes példája annak, hogy régi nagy sérvekben leszorítás nélkül is támadhat bélelzáródás, a minék valószínű magyarázatát az állandó akadály következtében kifáradó bélperistaltikában találjuk. Az akadály területén képezett bélsipoly itt gyógyító hatású volt. *Két esetünkben peritonealis álszalagok szorították* le a belet és okozták az ileust:

d) B. G. 40 éves férfinél 1908 jan. 1.-én appendicitisre valló tünetekkel kezdődött a betegség. Nehány napi rosszullet után megint jól érezte magát, majd jan. 19.-én újból rosszul lett, de most a hányás mellett teljes bélekedés lépett fel, beöntések eredménytelenek, miért is orvosa (dr. TOMPA J.) I. 22.-én klinikánkra küldte.

Has puffadt, feszes, érintésre élénk izomösszehúzóással reagál. Arcz becsett, érverés 92. Azonnal műtét. Medián-metszés a köldök alatt. A jobb csípőtányérban összeesett, belövelt, laza rostonyás álhártyákkal egymással összetapadt bél convolutum mutatkozik. Ezen belek egyrésze a kis medenczébe folytatódik. Az összetapadások szétválasztása után kitűnik, hogy a legalsó ileum, körülbelül 120 centiméternyire a vakbélből álszalagtól le van szorítva, itt strangulációs barázda látható, az álszalag kettészakítása után az előbb összeesett belek megtelődnek. Réteges hasfalvarrat.

A rostonyás peritonitis okozója lehetett appendicitis, amennyiben a rövid féregnyulvány tömöttebb, de nincs kizárva, hogy magában a vékonybélben folyt le valamely gyulladáshoz vezető folyamat, miután a Bauhin-hillentyű felett 20 centiméterrel a mesenterialis bélfalon tömött, szürkessárga heges folt mutatkozott.

Műtét napján physostigmint és glicerín csőrért, másnap meleg légszekerényt kapott. I. 25. glicerincsőre után rendes székletét. Zavartalanul gyógyult, bátorkodom őt is bemutatni.

e) *M. G.-né*, 28 éves. Felvétetett 1908 febr. 3. 4 nap előtt hirtelen rosszul lett, szék- és szélrekedés, fájdalmak és hányás azóta állandó. Beöntés, valamint hashajtók eredménytelenek. Mult év júliusában 3 hétig volt hasonló állapotban, de orvosi kezelésre meggyógyult. Has mérsékeltlen feszes, kissé felfúvódott. A köldök alatt jobbra időnként bélmerevedések láthatók. Erőbeli állapot, érverés jó. Azonnal műtét. Median-metszés a köldök alatt. A hasürben kovés vörhenyes savó, a cseplesz két kötegszerű nyulvánnyal a symphysis és jobb inguin. tájhoz tapadt. A kötegek kettéválasztása után a beleken helyenként nem egészen friss, álszalagos összenövések láthatók. A vékony belek egy része összeesett, másik része tágult, az átmenet helyén a mesenterium jobb oldalán a belet egy álszalag leszorítja. Az álszalag átmetszése után az összeesett bél megtelődik. Felszabadítjuk még az itt álszalagosan rövidült mesenteriumot, azután a hasfalat zárjuk.

II. 4. beöntésre széke volt. Szelek mennek. Közérzet jó.

A gyógyulás továbbra is zavartalanul halad. Hőlégszokrénnyel jó hatásúnak mondja.

Egy beteget volvulus miatt operáltunk:

F. S. 27 éves kocsis, 1908 jan. 8.-án reggel hirtelen rosszul lett, midőn a ló patkójába srófokat rakott és a ló egész súlyával ránehezedett. Azóta állandóan gyötri a hányás. Reggel a belklinikára ment, onnét estefelé átteszik a sebészetre.

Igen nagy fájdalmakról panaszkodik, melyek csak perczekig szünetelnek. A hasfal, főleg a rectusok feszesek. A májtompulat a nagy fokú meteorismus miatt keskeny csíkot képez. A rekesz felfnyomott. Az elesett beteg hőmérséke 37.3, érverés kis hullámú, p. 120. Fehér vérszám 18700.

Azonnal műtét. Median-metszés. A belek nagy fokban tágultak, apró rostonyás pelyhekkkel borítottak és cyanotikusak. Miután jobbra a mesenterium gyökerétől egy sarlószerű köteget tapintunk, az összes vékonybeleket a hasból kiengedjük. Ekkor kitűnik, hogy a tapintott köteg a tengelye körül csavarodott mesenterium alsó széle, mely a legalsó ileum részt összenyomja, úgy, hogy ez a nyomás helye alatt összeesett.

A visszacsavarás az összes vékonybél tömegnek balról jobbra megejtett 360° forgatásával sikerül. Sajnos, a belek állapota épen nem volt megnyugtató, a detorsio után a cyanosis ugyan csökkent, de a mesenteriumban vérömleny csíkok és foltok mutatkoztak, a meteorismus nagy fokban fokozódott.

A belek visszahelyezése még a bél punctiója után is nehezen sikerült. A punctiót egy mélyre helyezett bélkacson állandó sósvíz áram mellett ejtettük meg és a kiürülést az úgynevezett fejő moz-

gásokkal segítettük elő. A punctiók nyílást és az egy helyen berepedt serosát néhány varrattal elzártuk.

A feszülő hasseb egyesítésére néhány sodronyvarratot is kellett közbeiktatni. A beteg ezután 1500 gr. konyhasót kap több helyre a bőr alá. Az edénytonus javítása végett a sóoldathoz 15 csepp tonogen (RICHTER) volt adva.

I. 9. Éjjel és reggel híg bűzös széke volt, de a hányás nem szűnt meg és a fájdalmak is tovább tartottak. Jégtömlő d. e. 0.001 physostigmin subcután, este 0.02 morphium.

I. 10. bélsárhányás tart. A j. czombon és a mellkas falakon a hypodermoklysis helyein bőrelhalás támad, ezt a tonogennek kell betudnunk.

I. 11. a hasra alkoholos borítás. Pezsgő.

I. 12. a has kevésbé feszes, de nyomásra érzékeny, sokat hányik.

I. 15. Hányás megszűnt, spontán széke volt. Közéret jobb.

I. 17. Éjjel két óraker vette észre, hogy hasában valami megfakadt. A hasseb részben szétvált, a seben át bélsárszagú geny ürül.

I. 19. Újból kezdődik a hányás, meteorismus. I. 21. Exitus.

A sectio a halál okául a bél utólagos átfúródását mutatta ki, az alsó strangulatiós barázda helyén.

Az ileus is a határterület betegségei közé tartozik, mely területen a belgyógyász és sebész együtt működése annyira kívánatos és hasznos. A belgyógyásznak is jó látni a műtét eseteket és ez úton is meggyőződni arról, miszerint az ileusok túlnyomó számában a mechanikus akadályok természete szinte kizárja a belső gyógykezelés sikerét. Az atropinnak és az újabban favorizált physostigminnek a bélperistaltikát fokozó hatása mechanikus akadályoknál hiába való, sőt egyenesen káros lehet mindaddig, míg az akadály elhárítva nincs.

Miután pedig az ileus közlebbi természetét csak ritkán lehet fölismerni, nevezetesen erőművi akadály jelenlétét kizárni, minden prolongált várakozás veszedelmes.

Ha csak a felsorolt eseteket vesszük is, azt látjuk, hogy többször ugyan napok mulva is sikerrel operálunk, de viszont volvulus esetünk mutatja, hogy máskor már 12 óra mulva is mélyreható táplálkozászavarok következhetnek be a belcson, kezdődhetik a peritonitis.

A milyen értékes segédeszközünk az ileusok kezelésében a gyomormosás és a morphium, annyira veszedelmes volna, ha az általuk szerzett megkönnyebbedést, a fájdalom csökkenését, az objectív jelek változása nélkül, a műtét elhalasztására használnák fel okul. Sikert csak a lassan alkalmazott, magasra jutott, tömeges beöntéskéntől láttunk, de mihelyt ez sikertelen, még az nap operáljunk.

Különösen sürgős a műtét, ha a nagy fájdalmak, a tünetek rohamos fejlődése a bél strangulációjára vallanak.

Még néhány szót az utókezelésről. Manap elfogadott álláspontja a sebészetnek, az ileus következtében kitágult és bomlott béltartalommal teli beleket mielőbb kiüríteni. Erre leghasznosabb eszközünk marad a glicerines csőre, vagy a beöntés, de ezek hatását a peristaltika élénkítésével előmozdíthatjuk.

Ilyen peristaltikát fokozó szerünk a *physostigmin* és a *meleg légszekerény*.

A physostigmin értékéről nem tudtam még határozott véleményt alkotni, tapasztalataink a szer hasznossága mellett szólnak, de, miután csak mint segédeszközt alkalmaztuk, tiszta észleletekről nem számolhatok be.

Ellenben a GELINSKY által f. é. Zbl. f. Chir. 1. sz.-ban ajánlott meleg légszekerény subjectiv jó hatása a betegeknek egybehangzó kijelentése szerint nyilvánvaló. Mi a módszert a bélmozgások élénkítésére alkalmaztuk minden olyan esetben, hol ettől jót vártunk. Ilyenek aseptikus abdomin. műtéteink jórészt a műtétet követő napon, így a kizárt sérvek, a gyomorbélműtétek stb. A meleg légszekerény $\frac{1}{2}$ —1 órai hatása alatt a betegek érzik a bélmozgást, a bélgázak ürülését, a mi bélatonia kis fokú eseteiben is könnyebbedést okoz.

Fájdalmak esetén ellenben, ha ezeket bármily enyhe gyulladásra kellett visszavezetni, a jégtömlőnél maradtunk s a meleg légszekerényt nem használtuk. Szóval álláspontunk megegyezik DANIELSEN (Cbl. 5.) által is hangoztatott elvekkel. Az utókezelésben különben nem lehet sablonosan eljárni, a jó észlelés és tapasztalás vezet bennünket abban, mikor alkalmazzuk a hideget vagy meleget, mikor a PRIESSNITZ vagy alkoholos borogatást és végül mikor ne tegyünk semmit, ne zavarjuk a zavartalanul folyó gyógyulást.

4. Dr. CSERMÁK BÉLA: *A stovainos lumbalis analgesia után jelentkező fehérje vizelésről* értekezik.

A „Zentralblatt für Chirurgie“ mult évi 13. és 23. számában közölte SCHWARCZ a RIEDEL-féle stovain használata után jelentkező fehérje vizelésről szóló vizsgálatait. Ő a stovainos lumbalis analgesia után 78%₀-ban talált fehérjét a vizeletben.

A közlemény megjelenése után bízott meg MAKARA professor, hogy a nálunk lumbalis analgesiában műtetre kerülő betegeknél csináljak hasonló irányú vizsgálatot.

Csak olyan esetekben vizsgáltam, a melyeknél műtét előtt a vesék részéről kóros elváltozás nem volt kimutatható és a mely esetekben általános érzéketlenítésre nem volt szükség, mert úgy az aether, mint a chloroform narkózis után igen nagy százaléknál lép fel albuminuria.

A lumbalis analgesiát közel 300 betegnél stovainnal végeztük. 0.5–0.6 grm. stovaint (BILLON) fecskendeztünk be egyszerre a dura zsákba és az indikációk pontos betartásának, valamint a technikai részben megállapított szabályoknak köszönhetjük, hogy súlyosabb komplikatio sem műtét alatt, sem utána nem társult.

A vizeletet 60 betegnél vizsgáltam salétromsav és sulfosalicyl savval. Ha minimalis fehérje mutatkozott, akkor ESBACH szerint üllepíttem, valamint a centrifugált üledéket górcső alatt is vizsgáltam.

Az első vizeleteket a műtét után 5–6 órával leginkább katheter útján kaptam s azután naponként egyszer, körülbelül 10–14 napig vizsgáltam.

A 60 általam vizsgált esetben kaptam 12 esetben fehérjét; fehérjét és fehér vértestecskéket 6 esetben; fehérjét, szemcsés cylindereket 2 esetben; fehérjét, szemcsés cylindert, fehér vértestecskét 1 esetben.

A fehérje mennyisége 2 esetben meghaladta az 1^o/₁₀₀-ot ESBACH szerint, 10 esetben a 1/2^o/₁₀₀-ot és 9 esetben kevesebb volt mint 1/2^o/₁₀₀.

Mindezen esetekben más klinikai tünet nem csatlakozott a fehérjevizeléshez. A sebek gyógyulás nélkül a normalis idő alatt leginkább per primam gyógyultak.

Hozzászólás. SZABÓ DÉNES tanár: Az általános bódulat veszedelmeivel szemben a lumbalis analgesia stovainnal kevésbé veszedelmesnek látszott, ez tette érdekessé arra, hogy megkíséreljük. Előadó a stovain analgesia egy újabb hátrányáról, a veséknek bizonyos károsításáról számol be. GÓTH dr. felemlítette a mi káros tapasztalatainkat, a napokban rossz indulatú petefészekdaganat miatt sok szabad hasvízzel bíró nő a stovain injectio után rövid időre a szívhűdés tünetei közt mult ki, mesterséges légzés oxygeniummal stb. daczára. Miután egy ízben igen nagy terjedelmű hasnál már voltak aggasztó tünetek, ilyen betegeknel a stovain analgesiát már nem igen merjük megkísérteni. Úgy látszik, a mint a chloroform s egyéb gyógyszerekkel szemben is van egyéni viselkedés, úgy a stovaint vagy egyáltalában a gerincezsatornán történő beavatkozást egyik vagy másik egyén nem tűri. Nekem a lumbalis analgesia csak akkor hasznos, ha épen nehéz és előreláthatóan hosszantartó műtételeknél, a chloroform használatát rövidebb időre szorítja s ezzel a chloroform fogyasztást apasztja. Nekem tehát épen laparotomiás műtételeknél van szükségem a lumbalis analgesiára, a legtöbbször a TRENDLENBURG-féle elhelyezést nem nélkülözhetem, az elhalt betegnel nem volt ilyen elhelyezés, egyébként pedig látszólag nem volt az elhelyezésnek káros következménye eseteinkben, igaz, hogy legalább 20 percet várunk, míg a medencét magasabbra emeljük. Az analgesia amyira egyenetlen, hogy ideges nőknél a kedély nyugtalansága miatt az érzéstelenség nem jut tudásra s kénytelenek

vagyunk a beteg kértére chloroformot adni, igaz, hogy perccenként 5—10 csepp elegendő ilyenkor, s ez is előnyös. A lumbalis analgesiával kísérletezni érdemes, lehet hogy a hosszabb vele bánás megtaníthat az esetek kiválogatására is, sajnos váratlan balesettel ilyen körülmények közt számolnunk kell. Ha általános Narcosis kell, akkor veszedelmei dacára inkább a chloroformot választom, mint az Aethert, melynek károsító hatása pl. egy késői tüdőgangraena esetében sokkal evidensebb, mint a chloroformé.

MAKARA L. dr.: A kérdés fontossága indít, hogy álláspontomat röviden kifejtsem. Véleményem szerint a lumbalis érzéstelenítés értékes módszerünk marad, ha az eseteket megválogatjuk és a módszer határait fokozni, a ma használatos technika és hatóanyagok alkalmazása mellett, nem akarjuk. Az érzéstelenítő módszertől ugyanis első sorban joggal megkívánhatjuk, hogy ne legyen életveszélyes, hisz ez csak segédeszközünk a műtét végrehajtásában.

Mikor a lumbalis analgesia divatba jött, szinte csak jót írtak róla, ma az ellenkező áramlat uralkodik, a módszernek sok ellenese támadt. Így közölte, mint hallottuk, SCHWARTZ a stovainos lumbalis analgesia káros hatását a vesék működésére. Ha maradó zavarokat nem is észlelt, mégis a módszer ellen szólna, ha az ő adatait mások tapasztalásai is megerősítik. A mi tapasztalataink, mint az előadásból láttuk, sokkal kedvezőbbek, mert ha múltó albuminuriákat észleltünk is, nephritist fellépni nem láttunk.

Mi megmaradtunk azon az állásponton, melyet első esetsorozatunk ismertetésekor hangsúlyoztam, t. i. sem 0.06 czentigr.-nál nagyobb stovain adagot nem használunk, sem az érzéstelenség határát a köldök fölé vinni nem iparkodunk.

Az általános bódítás alkalmazásában nagyon liberálisak vagyunk, mert a csepegtetve alkalmazott aether, a WITZL-féle reklinált fejtartás mellett tényleg a legkisebb veszedelemmel jár.

A chloroform veszélyességét ugyan nagyban enyhítette a ROTH—DILGER-készülék használata, melynek alkalmazása mellett a chloroform túladagolásának veszedelme sokkal kisebb, de a chloroform azért még mindig veszélyes narcoticum marad. Nálunk tehát ha csak valami nem szól ellene, rendszerint az aetherbódítást használjuk a jelzett módon.

GÓRN kartárs úrral szemben azt hiszem, hogy ma már a lumbalis analgesiáról a nagy számú irodalmi casuistikus és összefoglaló közleményekből, meg tapasztalatainkból elég adat áll rendelkezésre, hogy különösen az alkalmazott adagok nagysága tekintetében bizonyos határt túl ne lépünk. Mert ha igaza van is SZABÓ tanár úrnak abban, hogy a stovainnál is, mint minden gyógyszernél, a hatásban individualis különbségek mutatkoznak, még sem tarthatom helyesnek

a 0.06 czentigrammnál nagyobb adagok alkalmazását, mi ellenkezőleg igyekeztünk általán ezen adag alatt maradni.

Ha már mindenáron szükséges az érzéketlenség felső határát emelni, erre inkább a tropacocaiut használnám, miután ez sokkal kevésbé hat a mozgató gyökökre, tehát a légzési bémulás veszedelme sokkal kisebb.

Ezen kautelák betartása mellett nekünk lumbalis analgesia után komolyabb kellemetlenségünk nem volt, a módszer előnyeit sokszor tapasztaltuk, miért is a jelzett terjedelemben továbbá is használjuk.

UDRÁNSZKY tanár arra figyelmeztet, hogy a stovain hatásában észlelt eltérések a készítmények különbségeiben lehetnek magyarázatokat.

UDRÁNSZKY tanár megjegyzésére vonatkozólag az én véleményem is az, hogy az egyes esetekben mutatkozó hatásbeli eltérések oka részben a használt stovain különbözőségén alapulhat. Mert ha bár állandóan egy gyártmányt használunk is, t. i. a BILLON-féle ampullákat, mégis nagyon könnyen lehet, hogy állásnál a kész oldatok hatása változik. Ezen megváltozás az oldatban levő epireninre ki is van mutatva. Tény az, hogy az úgynevezett renitens esetek sokszor egymás után mutatkoznak, azután megint egész sorozatnál pontosan áll be az érzéketlenség.

Mindenesetre biztosabb módszer a hatóanyagot porban tartani készen és ezt oldani a liquorban vagy frissen készített oldatot használni. Sajnos személyzetünk elfoglaltsága mellett nem tartanám kivihetőnek a változtatást, mert ezáltal a módszer egyik előnye — egyszerűsége elesnék.

Hozzászólnak még: PURJESZ ZSIGMOND, KENYERES BALÁZS, GÓTH LAJOS, STEINER PÁL, SÁNDOR ISTVÁN.

III. szakülés 1908. februárius 15.-én.

Elnök: TURCSA JÁNOS.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

1. BUDAY KÁLMÁN: „*Casuistikus adat a tüdőangraena keletkezéséhez*“ címen értekezik és bemutatja a készítményt. A tüdő-úszkösödés sokféle alakjai közül aránylag kevés figyelemre méltatják azokat, a melyek a légutak összennyomása, vagy eldugasztása által jönnek létre azon tüdőrésztletben, a mely az elzárt bronchushoz tartozik. Bemutató esetében már éveken át köhögési inger állt fenn, időnként bűzös köpéssel, legutóbb mellhártyaizzadmány jelei fejlődtek. Bonczoláskor a jobb tüdő alsó lebenyében nagyfokú úszkösödés találtatott, a mely részben már elhatárolódott, e mellett éves mellhártyaizzadmány, a mely a mellkasi izomzat felé tört át,

A nagyobb hörgők felmetszésénél a jobb alsó tüdőlebeny hörgőben egy elmeszesedett hörgőkörüli mirigy beékelődését lehetett megállapítani, a hörgő körüli heges szövetben több elmeszesedett hasonló nyirokmirigy volt bezárva.

Az üszkösödés ily esetekben úgy keletkezik, hogy az elzárt hörgőhöz tartozó tüdő összeesik, megtömörül, benne hurutos tüdőgyulladás, hegesedés fejlődik, egyidejűleg a mellhártyához rostosan odanő, s végül a heges megkeményedés bizonyos fokán beáll az üszkösödés, a melynek fellépéséhez talán a hörgőtartalom anärobiosisa, vagy a phagocyta-tevékenység időleges lefokozása is hozzájárulhatnak.

Hasonló esetek nem épen ritkaságok; így észlelünk bárzsingrák, vagy aortaaneurysma mellett tüdőüszkösödést, tisztán bronchusnyomás folytán, a nélkül, hogy bárzsingátfuródás, vagy recurrens-hüdés volna jelen. Egy esetben fogaspiratio után az előstadiumokat: hurutos tüdőgyulladást és heges megtömörülést igen kifejezetten látta kifejlődve.

Az ilyen elzárt hörgő mellett a heges tüdőben fejlődő üszkösödés olyan forma viszonyokat nyújt, mint a féregnyújtvány üszkösödése bélsárkő mellett. Érdekes a bemutatott esetben az is, hogy az üszkös tüdőben azok a mikrobák találtattak (b. fusiformis, spirochaeta), a melyek a szájból való aspiratiónál rendszerint kimutathatók az üszkös részekben, pedig itt a szájnál aspiratiójára közvetlen ok nem volt; nyilvánvaló ebből is, hogy a felsőbb légutak mikrobamentessége nem teljes.

Végül utal arra, hogy hasonló esetekben bronchoskopia útján lehetne leginkább klinikailag a diagnosist megállapítani.

2. FABINYI RUDOLF előadása: *Az elmebetegnek családi ápolásáról* (vetített képekkel). (L. Értesítő 8—16. lapjain.)

3. DR. VERESS FERENCZ: *Érdekesebb bőresetek vetített képekben.*
I. sorozat: A syphilisről cím alatt előadást tart a syphilis különböző megnyilvánulási alakjairól. Szól a syphilis polymorphiájáról, mely sokáig megnehezítette tüneteinek összefoglalását, rendszerezését. Ismerteti a syphilis lefolyásának módjait és előadását kb. 60 vetített fénykép bemutatásával illusztrálja, melyek kapcsán részletebben szól a veleszületett lues tüneteiről s különösen a másodlagos időszakról. Itt felemlíti, hogy általánosságban anamnesis nélkül is meglehet mondani, hogy egy syphilises eruptio frissebb, vagy régebb fertőzés eredménye-e? A korai syphilisnél, pl. első exanthemánál, jellemző, hogy az egész köztakarón elszórt, kicsiny, számos kivirágzás jön létre; ezzel szemben egyes számú, vagy körülírt csoportokban jelentkező nagy papulák régebbi syphilisnél szoktak fellépni. Első eruptio nem szokott circinär papulákból állani, mivel

ezek rendszeresen recidiváló exanthema tünetei és csak $\frac{3}{4}$ —1—2 évvel az infectio után jelennek meg.

A mi a prognosist illeti, az legkedvezőbb, ha rendes időre tiszta roseola lép fel; rosszabb, ha mindjárt papulákkal vegyesen jelenik meg, vagy ha tiszta papulosus küteget találunk. Kis papulosus kütege (exanthema mikropapulosum) még rosszabb kilátást nyújt, mivel a szervezet gyenge ellentállóképességére mutat. Pustulosus, ulcerosus syphilidek a legkedvezőtlenebb kórjóslatra jogosítanak.

Kiterjeszkedik még a syphilis maligna és a leukoderma syph. bővebb ismertetésére s egy-egy képsorozattal mutatja be a congenitalis syphilis, valamint az I., II. és III.-adlagos időszak tüneteit. Végül szól a tertiär lues lényegére vonatkozó különböző theóriákról s néhány szót a spirochaeta pallida jelentőségéről.

IV. szakülés 1908. februárius 22.-én.

Elnök: PURJESZ ZSIGMOND.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

1. GÁMÁN BÉLA heges oesophagus szűkületben szenvedő beteget mutat be, kinek bárzsingjából egy ott fennakadt húsdarabkát távolított el.

Hozzászólásában MAKARA tanár megjegyzi, hogy klinikáján oesophagoscopiával távolítják el az idegen testeket, melynek előnye, hogy látni lehet az idegen testet.

2. BLUMENFELD SÁNDOR előadása: *A PIRQUET-féle cutan reactióról és annak DETRE-féle módosításáról.* Szerző az irodalomnak rövid ismertetése után, a hol PIRQUET, WOLFF-EISNER, MAININI, BANDLER, KREIBICH, ENGEL és BAUER stb. vizsgálati eredményeiről számol be, a DETRE-féle módosító eljárást írja le bővebben. A DETRE-féle úgynevezett elkülönítő eljárással ugyanis nemcsak azt tudnók meg, hogy gümőkóros-e a vizsgált egyén, vagy nem, hanem még annak aetiologiájáról, lefolyásáról is szerezhetnénk tudomást, vagyis megmutatná, hogy az illető gümőkóros humanus vagy bovinus típusú bacilussal fertőződött, illetve hogy acutus, vagy chronikus folyamattal van dolgunk.

Esetei két részre oszlanak, úgymint DETRE-féle módosító eljárás nélkül és azzal történt cutan reactiókra. Mielőtt még DETRE ezikke megjelent, oltásait úgy végezte, hogy az egyik alkar bőrébe felületes scarificatióval tömény tuberculint (Koch-féle régi), 10% tuberculint, SPENGLER-féle gyöngykór tuberculint, ennek 10%-os hígítását és kontrollképen $\frac{1}{2}$ % carbolyvet oltott. Ilyen irányban vizsgált esete 58 volt, 42 ezek közül biztos gümőkóros, 16 gümőkórra

gyanús; az előbbieknél 57·1%, utóbbiaknál 46·6% adott positiv reactiót tömény tuberculinra, míg gyöngykór tuberculinra csak 16·7%, illetve 6·6% reagált biztosan.

Eseteinek nagyobb számánál (152) vizsgálatait a DETRE-féle módosítás szerint végezte. A biztos tüdőgümőkórosak 66·6%-ban, a csont és ízületi gümőkórban szenvedők 81·2%-ban adtak positiv reactiót 25% tuberculinra (PIRQUET által használt hígítás). A gümőkórra gyanúsak nagyobb százalékban mutatnak positiv reactiót. Legérdekesebb a nem gümőkórosoknál kapott eredmény: a gyermekeknél (0—15 év) 25%-ban, a felnőtteknél 54·8%-ban talált biztos reactiót. Feltűnik táblázataiból, hogy a humanus és bovinus filtratumokra jóval kevesebben adnak reactiót, mint a tuberculinra. 9 csecsemőnél végzett oltások mind negativ eredményűek. (Még tömény tuberculinra sem mutattak semmiféle reactiót.) A DETRE-féle osztályozás szerint csont és ízületi gümőkórosoknál 16 eset közül 9-ben kap bovinus típusú reactiót, a tüdőgümőkórosoknál 14 esetben 50 közül.

A papulák legtöbbször az első 12 óra alatt fejlődtek ki és 6—8 nap után felületes hámlással, pigment visszahagyásával gyógyultak. Egy esetben lymphangoitis fejlődött ki egy papulából, más esetben a honalji mirigyek nagyobbodtak meg. Háromszor látta a cutan reactiókat kiújulni tuberculinnak bőr alá fecskendezése után.

Házi nyulakon sem tuberculinnal, sem filtratummal nem sikerült reactiókat kapnia. Előadása végén bírálja a DETRE-féle eljárást és annak a vizsgálatok mai állása szerint még nem tulajdonít semmi gyakorlati értéket, habár elismeri, hogy mint theoria igen szellemes és jól magyarázható. Majd későbbben a cutan reactiók értékéről általában beszél. Szerző nem tulajdonít oly nagy fontosságot a PIRQUET-féle cutan reactionnak sem diagnostikai, sem prognostikai szempontból. Utóbbit illetőleg nem ért egyet sem PIRQUET, sem WOLFF-EISNER ama nézetével, hogy a negativ reactiót adó biztos gümőkórosok rossz prognosizúak, vagy hogy súlyos előrehaladott állapotú betegek nem adnak reactiót. Eseteiben sokszor kapott negativ reactiót (eltekintve a tuberculin kezelésben részesültektől), kik kevésbé súlyos betegek voltak s viszont előrehaladott betegek is nagy számmal adtak reactiót haláluk előtt még 4—6 héttel is.

Végeredményképen kimondja:

1. *„A tuberculosis és PIRQUET-féle cutan reactió között valamely szoros összefüggés van ugyan, de specifikus reactionnak, a vizsgálatok mai állásában, biztonsággal nem mondható.*

2. *A positiv reactió nem jelent minden esetben, még gyermekeknél sem biztos gümőkórt, a mint hogy nem minden biztos gümőkór ad positiv reactiót és viszont a negativ reactiók sem bizonyítják azt, hogy az illető egyén nem gümőkóros.*

3. *Prognostikai értéke a gümőkórosak negatív reactióinál alig van, vagy az csak kis jelentőségű.*"

V. szakülés 1908. februárius 29.-én.

Elnök: TURCSA JÁNOS.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

1. Dr. VERESS FERENCZ: Fibrolýsinnel kezelt súlyos égési hegecete. (Betegbemutatás.) A II-ik nemzetközi bőrgyógyászati kongresszuson 1892-ben a fiatal HEBRA beszámolt azokról a kísérleteiről, melyeket egy új szerrel az allylsulfocarbamiddal, vagyis thiosinaminnal végzett lupusos betegeken. A szer 15%-os alkoholos oldatának intramuscularis befecskendése után azt tapasztalta, hogy pár óra múlva localis reactio áll be, a beteg helyeken pirosság és oedemás átívódás alakjában, s hogy a befecskendések gyakori ismétlése a lupusos folyamat javulását, fibrosus daganatok és mirigyduzzanatok lelohadását hozza létre, továbbá, hogy az összes hegek megpuhulnak, sőt néha egészen felszívódnak s esetleges cornealis homályok feltisztulnak, a nélkül, hogy a kúra következtében az össz-szervezet szenvedne; ellenkezőleg: összes betegeinek ereje, súlya gyarapodott, közérzete javult.

Sinclair TONSEY 1894 óta kísérletezett a thiosinaminnal, mely szerinte a lupusos hegeket gyorsan elsímítja. A hatást akként magyarázza, hogy a bőr alá fecskendezett th. a vér sejtműködését szokatlanul növeli, a fehérvérsejteket benne elszaporítja, miáltal a szervezetben bárhol székelő elhasznált anyagok és kevéssé organizált alkotórészek a vér és nyirokpálya útján rendkívül gyorsan kúszóbbóltnak ki. A szer a diuresist is nagy mértékben fokozza. Ismerteti a legkülönbözőbb heges elváltozásoknál kifejtett jó hatását, sőt kiemeli, hogy a süketségnek olyan alakjában is vissza tudta szerezni a hallóképességet, a hol a hallócsontocskák mozgását fibrosus tömegek vagy hegek akadályozták.

E kiváló eredményekkel nem áll arányban a thiosinamin alkalmazásának csekély elterjedtsége. Ennek magyarázata pedig az, hogy a meglehetősen drága szer belsőleg adva hatástalan, vízben nem igen oldódik, alkoholos oldatának bőr alá való injiciálása érthető tájdanak, sőt néha kisebb nekrosiseket okoz. UNNA helyi kezelésül a thiosinamin flastromot és moulet ajánlotta, JULIUSBERG pedig melegvizes glycerines oldatot készítettett, a minnek ismét az a hátránya, hogy az oldat lehülésekor a hatóanyag kicsapódik.

Mindezeket a hátrányokat kiküszöbölte s a thiosinamin hatását mégis megtartotta a *fibrolýsin* nevű készítmény, melyet MENDEL állított elő, úgy, hogy 1 molekula thiosinamint $\frac{1}{2}$ mol. natrium salicylicummal vegyített. Ez hideg és meleg vízben egyaránt oldódik

s 2-3 cm. tartalmú sárga ampullákban kerül forgalomba. — Egy ampulla egyszeri adagnak felel meg és 0.2 thiosinamint tartalmaz. Befecskendése semminemű kellemetlenséget nem okoz, különösen ha intramuscularisan végezzük.

A bőrgyógyászati klinikán már sokszor használtuk jó sikerrel úgy az eredeti thiosinamint, mint a fibrolysint, többnyire égési sebektől fejlődött hegek esetében. Jelenleg azonban csak a bemutatandó betegről óhajtok referálni, a ki 3 hónappal ezelőtt került klinikánkra.

36 éves, nős béres 1907 május 10.-én mindkét alsó végtagja hátsó oldalán megégett a keresztesonttól a lábikrákig. A harmadfokú égés erős heges contracturákkal gyógyult, melyek az alsó végtagok kiegyenesítését annyira megakadályozták, hogy a beteg félig behajtott lábakkal állott és különösen jobb lába annyira zsugorodott, hogy azon oldali sarka 4-5 harántujjnyira elállott a földtől. A nagy kiterjedésű hegek közepe táján kiálló sugaras kötegek látszóttak, melyek a nagy feszülés folytán deszkakeménységűek voltak.

Ma, a mint látható, a végtagok szabadon kiegyenesíthetők, s a kemény hegek sokkal engedékenyebb, puha szövetté alakultak át s az említett sugaras kötegek teljesen elsímultak.

Az eredmény eléréséhez nem elégséges az injectiók alkalmazása, hanem azzal egyidejűleg a heges szövet mechanikus megoldozására, masszálására van szükség, a mennyiben a fibrolysin a hegekben savós átívódást idéz elő, mely a massage-al karöltve, végül a heg felszívódását indítja meg. Betegünk december elsejétől januárius 29.-ikéig eleinte naponta, később másodnaponként, összesen 31 injectiót kapott a glutaeusokba s ez idő alatt — bár csak rendszeres koszttal élt, súlyban 7 kilón felül gyarapodott.

Az esetet azért bátorkodtam bemutatni, mivel az eredmény kielégítő volt, s mert a thiosinaminról, fibrolysinről, melyek pedig a sebészet, nőgyógyászat, szemészet, fülészet terén gyakori alkalmazást nyerhetnek, üléseinken még oly ritkán esett szó.

2. Dr. KANITZ HENRIK bemutatásai: a) *Tylosis palmaris et plantaris syphilitica* esete. L. S. 24 éves szakács, 6 hét óta mindkét tenyerén és talpán fájdalmas kiütése van, melyet orvosa „egyszerű felpállásnak” minősített és közömbös kenőcsökkel kezelt. Jelenleg a tenyereken, lencsenyi, egész fillérnyi kerek és kígyózó sávokat alkotó barnavörös foltok láthatók. E foltoknak az irha felső részében ülő és a bőr felszínéből ki nem emelkedő tömött beszűrődések felelnek meg. Hasonló elváltozások a talpak mellső részében is láthatók. A beszűrődések egy része ép hámmal van borítva, azonban a legtöbbnek tetejét tetemesen megvastagodott szaruréteg valóságos kérgesedés — fedi. A talpak sarki részén diffusus a

beszűrődés és a sarkok odalsó és hátsó felszínére is reáterjed, a hol ívelt vonalú, éles szélekkel végződik. E helyeken oly nagy fokú a hyperkeratosis, hogy a szaruhám óriási vastag, szarvkemény, erősen odanőtt tömegekben fedi a beszűrődést, akár csak keratoma plantare eseteiben. A beszűrődésnek jellegzetes, sonkavörös színe, az elváltozásnak éles, policiklikus szélei a bántalom syphilitis természetére engednek következtetni. E felvételt megerősíti azon körülmény, hogy a betegen az alkati bujakór egyéb tünetei (túltengett papulák a végbél körül és penisen, plaque-ok a szájnyálkahártyán, általános mirigybeszűrődés) is megvannak. Hogy a fertőzés mikor történt, arra nézve a beteg nem tud pontos felvilágosítást adni.

b) *Syphilis gyrata érdekes esete.* A 9 hónapos csecsemő testén 6 hét óta vannak kiütések. E kiütések papulás jellegű, körkörös és kigyózó syphilidekből állnak, melyek nagy kiterjedésük és formai szépségük által kötik le figyelmünket. A kör — vese — és patkóalakban vagy tovakúszó serpiginosus vonalakban haladó beszűrődések az alsó végtagok egész hátsó felszínén, a glutealis tájéktól le egészen a bokáig a leggyönyörűbb rajzolatokat alkotják, melyek ornamentális hatású arabeszkekre emlékeztetnek. Néhol ezek a figurák pontosan mértani formáknak felelnek meg, másutt inkább szeszélyes, kalandos alakúak, a hullámos moirè-szövet mintáihoz hasonlók. Úgy néznek ki a gyermek alsó végtagjai, mintha művészi kivitelű tátoválások volnának rajta. Az arczon hasonló elváltozások láthatók. A felső végtagokon, hát és has bőrén elszórtan egy-egy koronányi koncentrikus körökből álló circinárpapula. A gyermek anyja 17 év óta van férjnél és 7-szer szült. Gyermekei közül csak a bemutatott él, 1 halva született, 1 két éves korában, a többi 4 néhány hetes korában halt el. A sűrű gyermekhalálozás oka gyanánt esetleg a syphilis szerepelt, de azt, hogy a bemutatott esetben congenitalis-e a syphilis, nem állíthatjuk. A gyermeknek fejlettsége, egészséges, erőteljes volta és az a körülmény, hogy csak 8 hónapos korában jelentkeztek rajta syphilitis tünetek, nem kedvez e felvételnek.

c) *Glossitis gummosa et interstitialis diffusa syphilitica esete.* Az 58 éves asszony $\frac{3}{4}$ év előtt vette észre, hogy nyelvén apró fekélyek támadnak. Később nyelvén dagadni kezdett, 2 hónap óta pedig oly tetemes a megnagyobbodás, hogy a beszédben és evésben akadályozza. A beteg felvételekor a nyelv eredeti térfogatának kb. kétszeresére megnagyobbodott, vastos, idomtalan. Tapintásakor az egészben tömött tapintatú nyelv állományában három nagyobb, mogyorónyi körülírt csomót lehet érezni, melyeknek megfelelően a nyelv hátán félgömbalakú vagy laposdad kiemelkedések láthatók. E csomók felett a nyelv felülete síma, fénylő, a többi helyen lepedékes, egyenetlen. A nyelv szélén néhány radiár irányú heges behú-

zódás látható. Fekély nincsen sehoh. Az áll alatt mindkét oldalt alig érezhető mirigyek. A betegnek fájdalmai nincsenek, a meg-nagyobbodás csak a nyelv mozgását akadályozza. Az anamnesis lues felvételére nem nyújt ugyan támpontokat, de az elváltozás klinikai megjelenése alapján kétség nem fér ahhoz, hogy a bemutatott esetben a nyelv harmadlagos syphilitis megbetegedése van jelen. A beteg atoxyl-kezelésben részesül, melytől bemutató harmadlagos syphilitis számos esetében látott kitünő eredményt. Jelen esetben is lényeges javulás észlelhető már 7 atoxyl-injectio (2·80 grm.) után.

d) *Lues congenita. Pemphigus syphiliticus. Exanthema maculopapuloso sum et infiltratio diffusa syphilitica cutis. Coryza, onychia et paronychia luetica.* A csecsemő 2 hét előtt jött a világra a szülészeti klinikán. Apja állítólag egészséges, anyja, kinél syphilitis tünetek jelenleg szintén nem találhatók, 8 év előtt holt magzatot szült, mely azonban más apától származott. Azóta nem volt teherben. A szülés utáni 6. napon hólyagok támadtak a csecsemő mindkét tenyerén és talpán, azóta pedig az egész köztakarón sűrű kiütés lépett fel. *Jelen állapot:* Ránczos bőrű, satnya izomzatú, öreges kinézésű csecsemő. A kezujjak tenyéri felszínén lenesényi, egész fillérnyi felületes erosiók, vérzékeny alappal, köröskörül hólyagosan leemelődött hámszegélylyel. Itt-ott még egy-egy borsónyi ránczosfalú zavaros bennékű hólyag. A tenyerek és talpak legnagyobb részt piszkosbarna varrokkal fedettek, melyeknek eltávolítása után policiklikus szélű, hámfosztott, nedvező területek tűnnek elő. Onychia és paronychia több újjon. Az egész törzsön, a végtagok hajlító és feszítő oldalain élénk kütég látható, mely oly sűrű, hogy ép helyek a köztakarón alig maradnak. Az exanthema lenesényi, egész koronányi élénkvörös, hyperaemiás-oedemás foltokkal vagy sötétebb árnyalatú papulákból áll. Egyes helyeken a papulás kiütések összefolyva nagyobb, egész tenyérynyi diffus beszűrődéseket alkotnak. Ilyen merev, kékesvörös diffus beszűrődés van az alsó ajak bőrében a száj és ornyílások körül. (*Erythema menti Bednar.*) A végbélnyílás körül is a genitofemoralis redőkben túltengett papulák. Az orrszárnnyak beszáradt piszkos varrok által eldugultak, az ornyálkahártya véres, genyes, bűzös váladékot termel. A csecsemő erősen szuszog, nyitott szájjal lélegzik, a szopás alkalmával azonnal elbocsátja az emlőt és levegő után kapkod. Hangja dünyögő, nyögő. A csontokban eltérések nem észlelhetők, a lép kissé duzzadt. Az újjhegyből vett vérben nem sikerült spirochaetákat kimutatni, ellenben a *pemphigus hólyagok erodált olapjáról vett kaparékban számos spirochaetát találtunk.* (Demonstráció.)

Hozzászól: MAKARA LAJOS, MARSCHALKÓ TAMÁS.

3. KENYERES BALÁZS előadása: *Rejtett csonttörésekről, Röntgensugarakkal végzett vizsgálatok alapján.* (L. Értesítő 17 - 25. 1.

VI. szakülés 1908. évi márczius hó 7.-én.

Elnök : PURJESZ ZSIGMOND.

Jegyző : KONRÁDI DÁNIEL.

1. Dr. KANITZ HENRIK bemutatásai: a) *Sarcoma idiopathicum multiplex pigmentosum* (KAPOSI) esete. S. M. 44 éves földbirtokos. *Körelőzmény*: Jelen bajától eltekintve, sohasem volt beteg. 12 év óta nős, 4 gyermeke él és egészséges, 11 év előtt a jobb kezének hátán kis kékespiros csomó támadt, majd hasonló keletkezett a bal kéz kisujján és a bal lábháton, melyek azonban mind 1—2 évig változatlanok maradtak. Ekkor újabb csomók támadtak és azóta az évek folyamán számos új gócz lépett fel a köztakaró egyéb helyein is, első sorban a végtagokon, de a törzsön, arczon is. Néha egy-egy csomó visszafejlődött, de sokszor újból előtűnt. E mellett a régiek lapszerűen terjedtek. Közérzete az egész idő alatt nem szenvedett. *Jelen állapot*: Jól fejtett, erőteljes férfi, kinek a köztakaróján számos kóros elváltozás látható. A kezek egészben duzzadtak, a kézháton mindkét oldalt lapszerűen kiterjedő, diffus, tömött beszűrődések, az ujjak háti és oldalsó felszínén ugyanesak laposdad infiltratumok, melyek következtében az ujjak orsóalakban megduzzadtak. A beszűrődések kékesvörös színűek, fekete vérömlésektől tarkítottak. Hasonló beszűrődések láthatók elszórtan több góczban az al- és felkarokon. Itt azonban a beszűrődések körülírt fillérnyi, egész forint nagyságú csomókat alkotnak. E csomók közt vannak fiatalok, melyek élénkörös színűek, félgömbyszerűen kiemelkednek, puha, szivacstapintatúak. A régiebb góczok alig emelkednek ki, sötét barnavörös színűek, tömöttek. Egyes helyeken csak barnásan vagy palaszürkén pigmentált, melyek a spontán vagy kezelésre visszafejlődött beszűrődések helyét jelzik. Az alsó végtagokon, czombokon, alszárakon egyaránt számos hasonló gócz látható. A lábháton, a bokák körül a legnagyobb fokúak az elváltozások. E részek óriási mértékben duzzadtak, a bőrben kis kölesnyi, fillérnyi göbcséken kívül nagy kiterjedésű diffus, a kézháton levőkhez hasonló beszűrődések foglalnak helyet, melyeken nagyfokú hyperkeratosis látható. Az orrszárnyak és alsó szembéjak bőrében 1—1 borsónyi, babnyi tömött göb. Az arczon elszórtan néhány kölesnyi, kitágult véreket feltűntető, kékespiros folt, melyeken azonban sejtbeszűrődést még nem tapinthatunk. A fülcziimpák diffuse duzzadtak, tömötten beszűrődöttek. Belső szervek részéről kóros elváltozás nem állapítható meg, közérzet kielégítő, a beteg testsúlyban gyarapodik. Mirigyrendszer nincs beszűrődve. A csomók és beszűrődések subiectiv kellemetlenségekre nem adnak okot, csak a kezek és lábak nagyfokú merev duzzanata okoz a betegnek mozgásnál mérsékelt fájdalmakat.

A beteg 9 év óta állandóan arsenes gyógykezelésben részesül. Azonkívül 1906. tavasza óta 3-szor röntgenezték az elváltozásokat, egy ízben KIRNBÖCK (Bécsben), kétszer bemutató a kórodán. E kombinált kezelésre a beszűrődések és csomók egy része visszafejlődött, de némely helyen kiújult a folyamat és új csomók is képződtek. A beteg területeket jelenleg is röntgenezzük, azonkívül atoxyl-injectiókat alkalmazunk.

A KAPOSÍ-féle pigment sarcoma a mycosis fungoidesek és a SPIEGLER-féle sarcomatosis cutissal együtt az ú. n. *sarcoid*-daganatok közé tartozik, melyeket a bőr valódi sarcomáitól különválasztanak, az elkülönítést klinikai és kórszövetani különbségek teszik jogosúttá. Míg ugyanis az igazi sarcomák spontán visszafejlődésre nem képesek és legtöbbször solitariusak, addig a sarcoid daganatok rendszeren számos góczban lépnek fel és gyakran maguktól is nyomtalanul felszívódnak. Szövettanilag ugyan a sarcoma-typusnak felelnek meg e daganatok, de a beszűrődés nem szorítja ki, nem teszi tönkre az alapszövetet, mint az igazi sarcoma, hanem csak infiltrálja azt, úgy hogy felszívódása esetén restitutio ad integrum állhat be. Ezenkívül az infiltratumban résztvevő sejtek nagyfokú polymorphiát mutatnak, míg a valódi sarcomák sejtjei túlnyomóan egy typusnak felelnek meg.

A betegség prognosisa általában véve kedvezőtlen. Évek multán metastasisok támadhatnak a belső szervekben, melyek gyors exitushoz vezetnek. De előfordul, hogy a tumorok spontán vagy kezelésre visszafejlődnek és a betegek sokáig, esetleg végleg recidivamentesek maradnak. A kóroda egyik betegénél, a ki KAPOSÍ-féle sarcoma cutisban szenvedett, a tumorok arsenkezelésre felszívódtak és már 9 év óta újak nem képződtek.

2. *Cutan tuberculin-oltás helyén támadt gümös jellegű fekély.*
A tuberculinnal végzett cutan-oltások nemcsak diagnostikai jelentőségük szempontjából foglalkoztatják a dermatologust, hanem azért is, mert impulsust adtak a tuberculidek neve alatt összefoglalt bőrelváltozások közelebbi természetének és pathogenesisének tanulmányozására. Némelyek szerint ezek a bőrelváltozások is bacillaris eredetűek, mások szerint a bacillusok toxinjai által okozatúnak. A toxynelmélet mellett felhozzák a rendszeren negativ bacillus leletet (bár az idetartozó bőrelváltozások némelyikében sikerült már egyszer-mászor bacillust kimutatni), a tuberculin-injectiók után néha fellépő exanthemáknak a tuberculidekkel való hasonlóságát és végre azon körülményt, hogy filtrált, tehát bacillustesteket nem tartalmazó tuberculinnal sikerült gümös szöveti typust mutató bőrelváltozást létesíteni, a mint azt KLINGMÜLLER stichreactiói bizonyítják. OPPENHEIM a PIRQUET-reactióra való tekintettel nem tartja lehetetlennek, hogy ezen tuberculidek keletkezésében is toxinnak és antitestnek a bőr-

ben találkozása játszik szerepet. Ezen felvételének bizonyos fokig kedvez az a tapasztalata, hogy ismételt cutan-oltásokkal sikerült neki egy lichen scrophulosorumban szenvedő egyénnél az oltás helye körül sajátságos lichenoid exanthemát, egy scrophulodermás egyénnél pedig gümős kinézésű fekélyt létesíteni. Különben PFAUNDLER, valamint MORO és DOGANOFF szintén írtak le eseteket, melyekben a PIRQUET-féle próba után hosszabb idő múlva a bőrön tuberculosos jellegű fekélyek keletkeztek. Megjegyzendő, hogy valamennyi eddigi észlelet bőrtuberculosis eseteire vonatkozik.

Bemutató egy hasonló észleletről óhajt beszámolni. Egy scrophulodermás fiatalembernél 1908 februárius 24.-én $\frac{1}{4}$ -ére hígított és tömény tuberculinmal végzett bőroltást. Mindkét oltás helyén 18 óra múlva kifejezett reactio mutatkozott. A PIRQUET-papula szövettani vizsgálatra kimetszetett. A töménytuberculinos reactió papula helyén hatodnapra kb. 1 cm. átmérőjű, meredek, kissé alávájt szélű, szalonnás, egyenetlen alapú fekély támadt, mely kinézésében gümős természetű fekély benyomását tette. A fekély ma már (oltás után 15 nappal) a javulás stádiumában van. Érdekes továbbá, hogy a kimetszett PIRQUET-papula helyén egy még nagyobb és szintén gümős fekély jellegét magán hordó ulceratio keletkezett, mely még ma is korona nagyságú és beszűrődött kékesvörös széleivel, egyenetlen genyedő alapjával, érzékenységeivel a scrophulodermás fekélyekre emlékeztet. Az excisio a sebészeti klinikán az asepsis összes cauteláinak szigorú szemmel tartásával történt, sebfertőzés, secundär infectio kizárt. A fekélyek alapjáról vett kaparékban gümöbacillust nem sikerült kimutatni. Kérdés, hogy ezen és az eddig nagyon gyér számban észlelt hasonló elváltozás létrehozásában nem a tuberculinban, esetleg még bennfoglalt bacillusok játszanak-e szerepet. DAELS vizsgálatai e lehetőségre is felhívják a figyelmet. A bemutató által használt tuberculinban 1 órai centrifugálás után bacillust kimutatni nem sikerült. Bemutató azt hiszi, hogy a tuberculinos bőrreactiók segítségével a bőrtuberculosis pathológiájának némely vitás kérdése experimentalis úton lesz tanulmányozható.

A fekélyek képződését tuberculinos bőroltás után PFAUNDLER, MORO és DOGANOFF-al együtt a bőr növekedett allergiájával kell magyaráznunk; valószínű, hogy a reactióképesség általános fokozódásán kívül lokális túlérzékenység áll fenn a bőr részéről.

Hozzászól az utóbbihoz BLUMENFELD SÁNDOR.

2. DR. LECHNER KÁROLY: *Ép és kóros érzéseinkről.* Az érzések felől nagyon sok nézet és elmélet van forgalomban. A legtöbb nélkülözi a természettudományi alapot és metafizikai spekulációkkal foglalkozik. Ezért czélszerűnek tartja előadó ebbeli kutatásainak eredményeit nyilvánosságra hozni.

Az érzések lényegéről éppen olyan keveset tudunk, mint

egyéb természeti energiák lényegéről. Azok a reflex események jelenségei és az élő plasma molekuláris változásaival karöltve járnak. Csakis az érzések származását s azok eredményeit lehet megvilágítani.

Az érzésszármazást illetőleg megkülönböztethetők az öröklött és a szerzett érzésfajok. Ezek mindegyike ismét, majd külvilági inger által váltható ki, majd a szervezet saját életfolyamatai adta belső ingerek által. Ebből kifolyólag van 1. *öröklött érzékelés*, mint a külvilági inger keltette izgalom érzése; 2. *öröklött közérzet*, mint a szervezet életfolyamatos működéseinek érzése; 3. *szerzett észrehevés*, mint a külvilági tárgyak létezésének érzése; és 4. *szerzett hangulat*, mint a személyes élet érzése. A két utóbbi összetett érzés és az első kettőből tevődik össze, kialakulván azok tömeges összefolyásából. Az észrehevést nem lehet az érzéstársulások sorába iktatni, mert — bár ilyenekből származik — kialakulása után többé elemcireszt nem bontható, tévedései helyre nem igazíthatók és az érzéstársulás tényeiben éppen úgy viselkedik, mint az egyszerű érzés. Valóságos érzésegység kifejeződésnek tekinthető. A hangulatokat sokan az érzések kiegészítő sajátságainak tekintik. Különállásuk mellett szól azonban az a körülmény, hogy egyéb érzések kvalitásaitól és intenzitásaitól teljesen függetlenek, emlékből különállólag fűlédzhetők, egyes mérgek által önállólag felkelthetők, a vérerek hűdítésével keletkezésükben megakadályozhatók, ellentétes alakjaikban is összetársulásra képesek, sőt külön kvalitásokkal, megkülönböztetésökkel bírnak.

Az érzések eredményei azok tulajdonságaiból fakadnak. Vanak szenvedőleges és cselekvőleges magatartású érzések. Az előbbiek tisztán a kiváltó inger természetétől függenek. Az utóbbiaknál az érzést közvetítő plasma önmaga is irányítja az eredményt. Az inger tartamától és időbeli változásaitól függenek az érzés időbeli szenvedőleges viszonyai, a melyek a *várás* tényében érvényesülnek. Az inger mekkorasága és mennyisége szabja meg az érzés szenvedőleges intenzitásbeli viszonyait és elénk állítja a *becslés* tényeit. Ezekkel ellentétben a plasma ingerlékenysége, illetve feszültségi állapota, a melynél fogva a benne felgyülemlett energiák ingerbephatásra könnyebben, vagy nehezebben szabadulnak föl, állapítja meg az ingerrel szemben mutakozó cselekvőleges képességet, hevességet és fogékonyaságot az érzés keletkezésében. Ezen hol gátló, hol terelő körülmény a *törekvés* tényeinek csiráit rejti magában. Végre az ingert felfogó plasma saját minősége cselekvőlegesen határozza meg az érzés minőségét és hatását s azzal a *valósítás* tényeit hozza nyilvánulásra. Minden érzésnek lévén 1. tartama, 2. intenzitása, 3. ingerfogékonyasága, és 4. minősége, e négyféle alaptulajdonságra visszavezethetők az érzések összes eredményei.

VII. szakülés 1908 márczius hó 14.-én.

Elnök: PURJESZ ZSIGMOND.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

Dr. LECHNER KÁROLY: *A várás ép és kóros érzéseiről.* Az érzés mind a négy származási típusa, valameennyi tulajdonságára nézt, külön-külön kóros változások áldozata lehet. Akár állatéleti ingerhiány vagy inertültség, akár tengéleti táphiány vagy tápbőség, akár biologiás alkat és hajlam, akár pathologiás elváltozás legyen az ok, az érzés kórsága mindenkor a reflex kórságával jár karöltve. A reflexingerlékenység fokozódása vagy annak csökkenése csupán mennyileges eltéréseket hoz létre a hypertheniás és a hyposteniás reflex alakjában. Mihelyest azonban támogató vagy gátló mellékreflexek társulnak hozzá, ezek minőleges változásokat is eredményezhetnek a palinstheniás és a parastheniás reflex formájában. Ezekon fülül még a reflextalálkozások idősoros vagy időazonos volta is módosíthatja a reflexeredményeket.

A várás ténye az inger keltette szenvedőleges izgalom időbeli viszonyai által adódik. Idősoros alakjában ez az izgalomváltozás időazonos alakjában az izgalomkülönbözés érzésében jelentkezik.

Az előbbeni az *érzékelés* típusában az izgalom tartalmát, az utóbbi az izgalomkülönbséget érezteti meg velünk. Az izgalom tartalmának érzése, ha kórosan fokozódik, az ingerbehatast túlhaladó megnyúlt érzéseket, ha kórosan csökkenik az ingerhatásnál korábban megszűnő, megrövidült érzéseket hoz létre. Mellékreflexek befolyása révén az ingerbehatast után keletkező utóérzések, vagy az ingerbehatast megelőző előérzések támadnak. Az izgalomkülönbség körében jelentkező kóros fokozódás nagyobb különbségeket éreztet, a csökkenés a különbségeket elenyészteti. Mellékreflexek hatása alatt a különbségekben tevőleges vagy nemleges módosulások állhatnak elő.

A *közérzet* típusában a szervezetműködés érzései szintén mutatnak időbeli változásokat. E változások hol az idősorosán lefolyó munka érzésében, hol az időazonosan feltűnő zsongos feszülésérzésben nyilvánúlnak. Kóros fokozódásaik a munka és feszülés túzásait, kóros csökkenéseik ezeknek fogyatékoságait éreztetik velünk. Parastheniás formában a hypochondriás érzéseket, palinstheniás formában a nihilistikus érzéseket szülik. Erős organomotorius reflexhatások kíséretében tengéleti indulatokká (orgasmus) nőnek.

Szövődményesebb természetűek tárgyérzést közvetítő *észrevéves* típusába öltözködő érzések időbeli viszonyai. Ezeknél a külső inger keltette érzések mellé az érzékelő szervek működésének munkaérzései és nevezetesen a figyelem reflexei adta zsongos feszülések is szegődnek. Az ingert váró figyelem állandó feszüléseiben

azonban időszakos változások állanak be. Nemcsak a fáradás ingadozásai lépnek fel, hanem a lélegzés és a szivverés okozta táphullámzások a reflex zsongjában megfelelő feszülésszintbeli ingadozásokat hoznak létre. A figyelem váróérzései ütemszerű izomérzések által szakíthatnak meg és ebből keletkezik az idő érzése. A figyelem közvetítésével a lélegzés ütemszerű izomérzései nyújthatók és rövidíthetők, lassíthatók és gyorsíthatók, sőt kisebb-nagyobb szakaszokra is oszthatók. Valahányszor ezen szakaszos izomérzések nem idősoros egymásutánban, hanem időazonos egymásmellettségben jelentkeznek, az időézés helyébe az arányézés lép. Mindkettő kórossá válhat és fogyatékoságban éppen úgy, mint túlzásaiban, úgyszintén mellékreflexek előidézte félszeg és fonák egyoldalúságaiban nevezetes érzésszintbeli kórságokat teremt.

A belső *hangulatok* típusában is találhatók időbeli változások. Ezek a várás tényében az egyéni élet subjectivus érzéseit ölelik föl. Valamint a testi munkát, úgy a lelki munkát is érzések kísérik és eme érzések idősoros egymásutánjukban az életkedv alakjába öltözködnek. A jó és rossz kedv, úgyszintén annak sokféle változata, komplikációja, mindannyi azon közérzetek összetett, szövődmenyes tömegéből fakad, a mely közérzetek az időézésrel kapcsolatos lelki munkát kísérik. Valahányszor a hangulatok időazonos egymásmellettsége támad és ezek az arányérzések váltakozó munka, illetve feszülésszintbeli érzéseivel összeesnek, az egymásmellé társuló kedvérzésekből a szépézés érvényre juttató tetszés és visszatetszés érzései keletkeznek. A ritmus a mozgás, a harmonia a hallás, a szimmetria a látás arányézésait kísérő szépézésekből fakad. Kórságaikban úgy a kedv, mint a szépézés a legkülönbözőbb túlzásokat s fonákosságokat mutatják, sőt erős organomotorius reflexhatásokkal párosulván, kóros lelki indulatokká (*affectus*) fajulhatnak.

VIII. szakülés 1908 márczius hó 21.-én.

Elnök: UDRÁNSZKY LÁSZLÓ.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

1. STEINER PÁL: *X-sugarakkal kezelt és gyógyult felsőajakrák recidiva esete.* Rákellenes gyógyeljárásaink értékét nem a közvetlen eredmény mutatja, hanem az, hogy mennyiben vagyunk képesek tartós, ú. n. végleges gyógyulást elérni. Épp ezen szempontból tartom érdekesnek ezen esetet a sebészeti klinika anyagából bemutatni. Az 50 éves férfi beteg felső ajkán 8 év előtt szemölcs keletkezett, a mely csakhamar kifehélyesedett s nem gyógyult be. 3 év előtt a bőrgyógyászati klinikán x-sugaras kezelést végeztek nála, 6 heti besugárzás után gyógyulást értek el; az eset közlés és bemutatás tárgyát is képezte. Egy évvel a gyógyulás után a régi helyen

útból fekély jelentkezett, a mely nemcsak a felsőajk bőrén, hanem a nyálkahártyáján is mutatkozott.

Jelenleg a bal felső ajakfélen öt koronányi szörtelen, heges területen egy koronányi jellegzetes rákos fekély ül apró tömött rákos göbéséktől környezve, a megfelelő nyálkahártyán fillérnyi rákos fekély. Az ajak ezen része nyúlajakszerűen behúzódtott. Mindkét nyaki tájékon, de főleg a bal nyaktájón a submentalis és a submaxillaris nyirokmirigyek rákosan beszűrődtek.

Ez esetnek érdekességet az kölcsönöz, hogy x-sugaras gyógykezelés és gyógyulás után egy évvel jelentkezett a visszaesés s így felvethető a kérdés, vajjon jogosult-e az x-sugaras kezelés még kis terjedelmű felületes rákok esetén is. Hogy ezen kérdést helyesen elbírálhassuk, tudnunk kell azt, hogy ezen rákféleségnek meg van a tendenciája a zsugorodásra és a hegesedésre, de azt is hangsúlyoznunk kell, hogy ezen hegesedés, behámosodás nem egyértelmű a gyógyulással. Akárhányszor észlelhetjük, hogy a heg újra feltűr, hogy a közvetlen környéken propagál a rák, hogy a helybeli gyógyulás mellett tájéki rákos nyirokmirigybeszűrődés mutatkozik. Ezen tények ismerete indította BERGMANN-t arra, hogy a rák x-sugaras kezelése ellen tekintélye egész súlyával szót emeljen, mert az x-sugár csak a felületes sejtekre hat s a besugárzás nem gátolja meg, hogy behámosodás, látszólagos gyógyulás mellett a rák tova ne terjedjen.

Ma a radiologusok általában felületes bőrhámrákok esetén jogosultnak tartják az x-sugaras kezelést; a „felületes“ szó relativ fogalom, mert előre meg nem állapítható, hogy a rákossejtek mily mélységre terjednek, hisz még a szokásos 1—1½ cm.-re az éppen történő kimetszés mellett sem vagyunk bizonyosak, hogy a kimetszés tényleg ép szövetben történt. Erre utalnak BORRMANN legutóbbi vizsgálatai, a ki 136 bőrhámrák esetet vizsgált ezen szempontból és azt találta, hogy az esetek 18·4%-a a kóros szövetben metszetett ki.

A radiologusok azon csoportja, kik histogenesises alapon állnak, az x-sugaras kezelést a basocellularis, el nem szarusodott rákokra ajánlják. E kérdést alaposan és kimerítően tanulmányozta CLAIRMONT az EISELBERG-klinikáról s bár néhány kedvező esetről számolhat be, tapasztalatainak összefoglalásában a kezelés értékét „nicht unbefriedigend“-nek tartja, tehát óvatosan két tagadással nyilatkozik.

Ha ezzel szembeállítjuk, hogy a sebészeti kezeléssel ezen eseteknek alig 4—5%-a (BORRMANN) recidivál, tehát a sebészet olyan eredménnyel dolgozik, a milyennel más rákféleségnél alig, úgy azt hiszem, helyesen cselekszem, ha sem a sebész, sem a radiologus elfoglaltságából, hanem mint orvos ítélve meg a helyzetet, csakis a *korai radikális en bloc műtét* egyedüli jogosultságát ismerem el.

Discussio. KANTZ HENRIK dr.: Azok a tapasztalatok, melyeket MARSCHALKÓ tanár úr klinikáján a bőrrákok R.-kezelése tekin-

tetében 4 évi gyakorlat alatt szereztem, arra indítanak, hogy az előadó által felvetett kérdéshez néhány észrevételt fűzzek. Egyenesen kötelez a felszólalásra az a körülmény, hogy a bemutatott esetet én is kezeltem 3 év előtt R.-sugarakkal, sőt be is mutattam gyógyult állapotban a szakosztály egyik ülésén. Kétségtelen, hogy ebben az esetben a R.-kezelés nem járt haszonnal, a beteg ma súlyosabb és műtéti beavatkozásra mindenesetre kevésbé alkalmas állapotban került szemünk elé. De kérdés, vajjon ez a szomorú sors vár-e minden rákos betegre, kit R.-sugarakkal kezelünk? Nem képes-e a R.-kezelés a bőrrákok bizonyos eseteiben biztos és végleges gyógyítást nyújtani?

Ha a sebész kollegák azt állítják, hogy végleges gyógyulást R.-kezelés után még nem láttak, hogy a legtöbb gyógyultnak nyilvánított esetben előbb-utóbb recidiva mutatkozik, úgy ez könnyen érthető. Ők ugyanis kevés kivétellel csak a kedvezőtlen kimenetelű eseteket látják, mert azok a betegek, a kiknek rákja előbb-utóbb kiújult, nem bízva többé a R. teoriájában, legtöbbször a sebészhez fordulnak bajuk további orvoslása végett. Az igazán gyógyult esetek ritkán kerülnek a sebész elé. Innen van az a sebészi részről oly gyakori és STEINER kartárs úr által is elfoglalt intranzingens álláspont, mely szerint minden, a mi rák, a kés alá való.

Ha a sebészek e tétel bizonyítására nyilvánosságra hoznak minden oly esetet, melyben a rák a R.-kezelés ellenére vagy talán éppen a R.-kezelés következtében rosszabbodott, úgy ez csak örömmel üdvözlendő. Mert az ilyen esetek nagyon tanulságosak és ép oly szükségesek felfogásunk tisztulásához, mint a fényes sikerekről beszámoló közlemények. És a sebész kollegák valóban megérdemelnék, hogy a radiologusok, hála fejében ezen instructiók bemutatásokért, beszámolnának minden oly esetről, melyben műtéti beavatkozás után támadt recidiva. Mert be kell ismerni, hogy a sebészi kezelés eredményei sem mindig kielégítőek. Én magam is kezeltem R.-sugarakkal 3 olyan beteget, kik műtét után kiújult rákkal keresték fel klinikánkat. És ha az előadó úr a recidivák számát műtéti beavatkozás után 4—5%-ra becsüli, úgy én BERGMANN-nak, tehát éppen annak a sebésznek a statisztikájára hivatkozom, a ki, mint azt az előadó is említi, tekintélye egész súlyával szállt síkra a R.-therapia létjogosultsága ellen. E statisztika szerint, melyet SCHLESINGER terjesztett 1904-ben a berlini nemzetközi dermatologiai kongresszus elé, a BERGMANN-klinikának 8 éves anyagán a műtéti úton kezelt bőrrák esetek 16 százalékában 3 éven belül recidiva jelentkezett. Hogy a R.-kezelés után az esetek hány százalékában recidivál a folyamat, azt én nem tudom, mert erre nézve pontos megfigyelések, sajnos nincsenek. Azonban valószínűnek tartom, hogy általában gyakoribb a kiújulás, mint sebészi kezelés után és hogy én is

illusztráljam ezt egy példával, bátorkodom bemutatni azt az előadó úr által is említett esetünket, melyről MARSCHALKÓ tanár úr a berlini kongresszuson is referált és a mely ott is feltűnést keltett. Ezen esetben 1 és fél éves látszólagos teljes gyógyulás után helybeli recidiva támadt. Beismerem azt is, hogy ezen eseteken kívül mintegy 60 betegünk közül még 3-nál láttuk a rák kiújulását.

De kérdem a t. szakosztályt, szabad-e ezen és más hasonló esetekre támaszkodva teljesen pálczát törni a R.-kezelés fölért? Én azt hiszem, hogy egy oly physikai ágens, melyről kétségtelen, hogy a ráksejtekre specifikusan hatva, azokat elpusztítani képes, több figyelmet és bizalmat érdemel részünkről és mielőtt egészen sutba dobnók ezt a már számtalan esetben bevált kezelést, helyesebb ha keressük a kiújulások okát és nevezetesen kutatjuk azt, hogy a bőrráknak mely formái különösen azok, melyeknél ily kevéssé tartós az eredmény. Az eddigi tapasztalások e tekintetben azt mutatják, hogy a recidivák majdnem kivétel nélkül azoknál a rákoknál fordulnak elő, a melyek már a kezelés megkezdésekor a bőr egész vastagságát átnőtték, vagy már a mélyebb képletekre is reáterjedtek. Azok a kiújulások, melyeket röntgenezés után eddig észleltem, mind mélyebbre terjedő carcinomákra vonatkoztak és a bemutatott esetben is infiltrálva voltak már bizonyos mértékig a bőr mélyebb rétegei, bár a rák nem nőtte még át az ajak egész vastagságát és a nyálkahártya még egészen ép volt. A mélyebb fekvésű daganatok e viselkedésére a szövettani vizsgálatok adnak magyarázatot, melyek közül a MARSCHALKÓ tanár úréra hivatkozom. E vizsgálatokból kiderült, hogy a sugarak hatása csak a felületes rákszövetre érvényesül, a felülettől néhány mm.-nyire fekvő rákfészkeket már nem, vagy csak tökéletlenül pusztítja el az x-sugár, úgy, hogy burjánzásra képes daganatsejtek maradnak vissza, melyek a rák kiújulását okozhatják. Ezen tények hatása alatt régen megszűnt már az a mámoros lelkesedés, mely az R.-kezelést kezdetben kísérte és a kik nem kritika nélkül alkalmazták a sugarakat, hanem a józan belátás által vezéreltetik magukat a kezelés javالاتainak felállításában, azok mélyebben székelő bőrrákok gyógyításában csak akkor adnak helyt a R.-therapiának, ha a sebészi kezelés bármely oknál fogva kivihetetlen.

Ha tehát az előadó úr a rákoknak csak ezen csoportjára vonatkozólag hangoztatta volna a R.-kezelés hatástalanságát és az operatív beavatkozás feltétlen szükségét, úgy teljes mértékben osztanám álláspontját. *A mélyebbre terjedő bőrrákoknál első sorban én is az operatív beavatkozást ajánlom* és ezt ajánlottam 3 év előtt is a bőrrákok R.-kezeléséről tartott előadásomban, mikor azt mondtam, hogy ilyenkor a röntgenezés kilátástalan kísérletezés számába megy, mely azt eredményezheti, hogy a műtetre alkalmas időpontot elmulasztjuk.

A mennyire elismerem a sebészi kezelés előnyeit a rákok ezen

formáinál, oly határozott híve vagyok a R.-kezelésnek a *felületes* laphámrákok eseteiben. Tapasztalataim alapján határozottan állítom, hogy a R.-therápia a bőr külső rétegeiben székelő rákoknál nem csak tartósság, hanem kozmetika tekintetében is kifogástalan eredményeket ad. A felületes rákok, vagyis azok, a melyek nem infiltráltak még a bőrt egész vastagságában, igen nagy kiterjedés mellett, valamint akkor is alkalmasak a R.-kezelésre, ha kifelé növekedve tekintélyesebb dimenziójú és nagymélységi átmérővel bíró daganatokká alakúlnak. Sőt éppen ezek az esetek azok, melyeknél a R.-therápia a kozmetikai eredmény szempontjából előnyösebb a sebészi beavatkozásnál. Az elmúlt években több ilyen esetet mutattam be a szakosztály üléssein és annak bizonyítására, hogy az azokban elért eredmények figyelemre és elismerésre méltók voltak, bátorkodom MAKARA tanár úrnak, mint elfogulatlan bírálónak szavait idézni, a ki idézett előadásom alkalmával azt mondta, hogy a bemutatott esetek között „láttunk tökéletesen gyógyult eseteket ideális kozmetikai eredménnyel“.

Azt szokták mondani a R.-therápia ellenzői, hogy a kezelés után közvetlenül bemutatott esetek nem bizonyítók, hanem hogy a teljesen gyógyultnak nyilvánított eseteket az állítólagos gyógyulás után hónapokkal, vagy még később in vivo kell bemutatni. Én abban a szerencsés helyzetben vagyok, hogy 3 ilyen esetet tudok a t. szakosztálynak bemutatni, melyek a következők:

1. O. Gy. 48 éves cipész Kolozsvárról. Mogyorónyi kifekélyesedett carcinómája volt az orrgyök jobb oldalán (fénykép), mely R.-kezelésre nyomtalanul eltűnt. *A bete: 3 és 1/4 év óta recidivamentes a rák helyét jelenleg is síma, lágy, felületes heg jelzi.*

2. M. L. 62 éves megyei tisztviselő. A felső ajak bőrében koronányi ulcus rodenssel jött a klinikánkra 1905 legelején. Kétszeri R.-kezelésre a beszűrődés eltűnt, a fekély behámosodott. Az elváltozás helyét jelenleg csak kissé atrophias terület jelzi, mely alig különbözik a környező ép bőrtől. Szintén *gyógyult és több mint 3 és fél év óta recidivamentes eset, ideális kozmetikai eredménnyel.*

3. R. A. 87. éves állatorvos. Ezt a beteget nem tudom in vivo bemutatni, mert influenzában szenved és így szállítása nehézségekbe ütközött. Ezért a tegnapi nap folyamán lakásán kerestem fel és fényképeztem. A betegről 3 fényképet bátorkodom bemutatni. Az első kép 1905. júniusában készült. Ezen képen az eredeti elváltozás látható egy a jobb pofa bőrében, a szemzúg közelében ülő kb. 5 koronányi területen, több mint 1 cm.-nyire az ép bőr niveauja fölé emelkedő, kifekélyesedett daganat alakjában, mely az annak idején végzett szövettani vizsgálat alkalmával carcinoma basocellularenak bizonyult. A daganat R.-kezelésre teljesen eltűnt, úgy, hogy a beteget 1905. szeptemberében gyógyultan bocsátottuk

el a klinikáról. Ezt az állapotot a 2. fénykép tünteti fel. A 3. kép, mely tegnap készült, a gyógyulás tartós és végleges voltáról tesz tanúságot. Megjegyzem, hogy a fénykép a teljes valót adja vissza, a beteg arcán daganatnak nyoma sincsen, a kezelt területet felületes, sima heg tünteti fel, melyben kóros szövetnek nyoma sem tapintható. Ebben az esetben *2 év és 7 hó telt el a kezelés óta recidiva nélkül.*

Három esetünk közül 2 túl van már a kritikus trienniumon, a 3. majdnem elérte azt. Igaz ugyan, hogy a 3 évi recidivamentesség még nem biztos kriteriuma a végleges gyógyulásnak, de én azt hiszem, hogy az itt látható eredmény a definitív gyógyulás benyomását teszik minden elfogulatlan szemlélőre. Az bizonyos, hogy a ki ezen eseteket látja, az nem mondja ki a halálos ítéletet a R.-therapiára, hanem be kell ismerje, hogy a R.-sugarak komoly tényezőként szerepelhetnek a bőrrákok gyógyításában, sőt a mint a bemutatott esetek igazolják, *a felületes bőrrákok eseteiben nemcsak pótolják a sebészi kezelést, hanem azzal szemben előnyösebbnek is bizonyulhatnak.* És épen ezért nem fogadhatom el az előadó úr álláspontját, a ki a R.-sugaras orvoslást csak inoperabilis rákok eseteiben véli megengedhetőnek, míg a műtetre alkalmas esetekben mereven tagadja a R.-therapia létjogosultságát.

SÁNDOR ISTVÁN dr. abban teljesen osztja előtte szólónak nézetét, hogy az x-sugarak manapság sokkal fontosabb gyógyító tényezők, semminthogy azok felett a halálos ítéletet szabad volna bármi tekintetben is könnyelműen kimondani. Az inoperabilis carcinomák terapiájában souverain gyógyszer, a mely mellett újabban a de KÉATING-HART-féle fulguratio látszik előtérbe jönni. Felületes kis kiterjedésű hámrákot meglehet gyógyítani x-sugarakkal is, de sok más módon is. Pontosán számokban kifejezve, felszólaló sem birt röntgenológiai statisztikát találni. De erre nincs is szükség. Az összes eddigi vizsgálatok és közlések a mellett szólnak, hogy egyelőre még igen bajos azt előre megmondani, hogy mely felületes hámrákok alkalmasak az x-sugaras kezelésre; igen sokszor csak látszólagos a gyógyulás, a behámosodott területek alatt még rákfészkek vannak, előfordulnak késői recidivák is. Létre jöhetnek oly szomorú esetek, mint a minőt ma STEINER dr. bemutatott, a melyeknél önkéntelenül azt a szemrehányást teheti magának a kezelő orvos, hogy x-sugaras terapiájával elmulasztotta a véres beavatkozás kedvező idejét. Meg kell fontolnunk, hogy épen a felületes kis kiterjedésű hámrákoknál a beavatkozás oly csekély, fájdalomtalanul keresztül vihető, hogy sem a beteg kora, sem a késtől való félelem komoly kontraindicatiót nem képezhetnek. Mindezek alapján felszólaló igen szükségesnek látná, hogy a bizonytalan x-sugaras kezelésnél nagyon óvatosan járjunk el és az indikáció felállításánál legyünk nagy

tekintettel a beteg intelligenciájára és külső körülményeire, hogy megfigyelheti-e pontosan önmagát, avagy megfigyelhetjük-e mi a beteget, hogy recidiva esetén azonnal beavatkozhatunk a feltétlenül biztosabb excisióval.

MARSCHALKÓ tanár. Be kell ismerni, hogy azok a vérmes eredmények, a melyeket kezdetben a rákoknak RÖNTGEN-sugarakkal való kezeléséhez fűztünk, nem valósultak meg. Ennek az oka — a mint szóló szövettani vizsgálatai is beigazolták — abban rejlik, hogy bár a R.-sugarak egyformán hatnak a különböző szövettani szerkezetű basocellularis, spinocellularis, basospino-cellularis stb. rákokra, de ez a hatás, sajnos, csak a felületen történik, a felülettől alig 3 mmnyire a hatás már megszűnik, úgy, hogy a mélyebben fekvő ráksejtek már nem, vagy csak alig tangáltatnak az x-sugarak által, úgy, hogy életképes, burjánzásra képes daganatsejtek maradnak vissza, amelyek a rák kiújulását idézik elő.

Ez azonban még korántsem jelenti azt, a mit az előadó úr intendál, a ki pálcát tör a RÖNTGEN kezelés felett és az egészet a sutba akarja dobni, mert a felületes, különösen a basocellularis jellegű bőrrákoknál a radiotherapeutikus kezelés nemesak egyenrangú a késsel, hanem különösen azokon a helyeken (orrszárny, szemzug) ülő rákoknál, a hol pedig épen igen gyakran lép fel a cc. is, a hol a radikális műtét nehéz, sőt sokszor kivihetetlen, az operatív kiírtás felett előnyvel is bír, annál is inkább, mert a kosmetikai eredmény egyenesen ideális.

Hogy R.-sugarakkal igenis tudunk végleges gyógyulást is elérni, azt a segédje KANITZ dr. úr által bemutatott s már 3 év óta teljesen recidivamentes esetek is igazolják, a melyek remélhetőleg czentül is azok maradnak, mert hozzászóló is osztja azt, hogy 3 évi recidivamentesség még nem biztos kriteriuma a végleges gyógyulásnak.

Hanem igenis szükségesnek tartja azt, a mit SÁNDOR dr. úr hangsúlyozott, hogy az ily módon kezelt eseteket továbbra is evidentiában tartjuk, hogy kiújulás esetén — miután sem a próbaexcisio, sem a klinikai tünetek nem nyújtanak biztos támpontot arra nézve, hogy a sugaras kezelés megkezdésénél a daganat egyik másik helyen nem burjánzott-e már oly mélyre, a hol a R.-sugár hatása már nem biztos — még mielőtt késő lenne a radikális műtét is szóba jöhessen. Sajnos, hogy a mi nagyobbbrészt subintelligens és sokszor messzeföldről rekrutálódó beteganyagunknál eme kívánalom nehezen valósítható meg.

Hogy az sem állhat meg teljesen, a mit az előadó úr állít — a ki e tekintben CLAIRMONT-ra hivatkozik — hogy t. i. a szemzugból kiinduló basocellularis rákok különösen rosszindulatúak, mutatja a KANITZ dr. úr által bemutatott 3-ik eset, a hol egy a szemzugban

ülő dionagyságú exulcerált és basocellularis típusú rák a R.-kezelésre nyomtalanul eltűnt és már 3 év óta teljesen recidivamentes.

MAKARA L. A radiotherapiával szemben elfoglalt álláspontomat KANITZ kartárs úr felolvasta. Ma is azt tartom, mi sebészek üdvözlőnk első sorban a legnagyobb örömmel a ráknak másnemű, nem véres gyógyítását. A ráknak műtéti gyógyítása ugyanis nem ideális gyógyításmód; mert míg egyrésről a rákos szöveteket csak terjedelmes, sok ép szövetet is feláldozó műtéttel tudjuk eltávolítani, másrésről így is a rák helye és fajtája szerint, több kevesebb kiújulással számolnunk kell.

Nagy vívmány volna tehát, ha oly módszerrel rendelkezniék, mely elektive csak a rákos szövetet pusztítva el, mégis a végleges gyógyítás szempontjából az eddigieknél jobb eredményt adna.

A sebészi módszer jelzett gyengéjének és a terjedelmesebb rákokkal szemben nyilvánuló tehetetlenségének beismerése nyer kifejezést a legutóbbi években, mikor a rák kutatására külön intézeteket állítanak és a rákgyógyítás új módszereinek feltalálására folynak mindenfelé a kutatások.

Van reményünk, hogy ezen törekvéseket siker koronázza és sikerülni fog a rákot a sebészinél kiméletesebb és biztosabb módon meggyógyítani, eddig azonban a műtéti eljárásnak megbízható helyettesítője nem ismeretes. Így, sajnos, a RÖNTGEN-therapia sem felelt meg a hozzáfűzött reményeknek. Bár a felületes rákok némelyikénél, így különösen a basocellularis rákoknál a RÖNTGEN-kezelés sokszor eredményes és kozmetikai eredménye kifogástalan, de a gyógyulás tartóssága, úgy látszik, bizonytalanabb. A mélybe terjedő és rosszabb indulatú rákfélésekkel szemben sikertelen az alkalmazása, pedig itt volna legnagyobb szükségünk segítségére.

Mindezek dacára nem vitatható el, hogy a RÖNTGEN-kezelés bizonyos sikereket tud felmutatni, úgy a felületes rákoknál, a mint azt a most bemutatott esetekben is látjuk, mint a sebészileg már nem gyógyítható rákok némelyikénél, a mint azt már alkalmam volt a t. szakosztálynak bemutatni. Másrésről a RÖNTGEN-kezelés sok irányban bepillantást engedett a ráksejtek ellentálló képessége- és közlelbi természetének megismerésére.

Ezen tapasztalatok alapján kísérleteznek újabban a SÁNDOR kartárs úrtól felemlített fulguratióval, mely módszer értéke felől ma még nem nyilatkozhatunk.

Más kérdés az, vajjon a RÖNTGEN-kezelés bőrrákoknál, mert csak ezekről lehet szó, czélszerűen pótolhatja-e a mai tapasztalatok alapján a sebészi gyógyítást. Azt hiszem, az egyszerű esetekben a módszer hosszadalmas és kevésbé biztos hatásával szemben, a ma már fájdalomtalanul, néhány percz alatt befejezett műtéti eljárás leg-

többször előnyt érdemel, miután ilyenkor a sebészi gyógyítás kozmetikus eredményei is jók.

A mélyreható esetekben, a nem zúgban ülő és az orrnyálkahártyára áttérjedő rákoknál persze kívánatosabb volna a RÖNTGEN-therápia jobb kozmetikai eredménye, de épen ilyen esetekben ritkán válik be a módszer.

De bármi legyen a mi véleményünk, azért mindig akadnak betegek, kik a vértelen módszert, hosszadalmasabb és bizonytalanabb hatása mellett is, egyéni természetüknél fogva, előnyben részesítik. Mint régente meg voltak a rákellenes pastáknak a maguk apostolai, kik apostolságukból vagyont gyűjtöttek, úgy van ez ma is a radiotherápiával. A tudományos tapasztalatok által megállapított indicatiók mellett, mindig a betegek is felállítják a maguk szabta indicatiókat s ezeket követik. Mindenesetre kívánatos azonban, hogy a RÖNTGEN kezeléssel eddig elért sikerek további buzdításul szolgáljanak a modern alkalmazás módjának tökéletesítésére.

Dr. STEINER PÁL: Ujból hangsúlyozza, hogy bőrhámrákoknál a sebészet mai állása mellett alig 4—5% recidivát lehet észlelni, ezen százalékszámot úgy nyerjük, hogy szöveti vizsgálattal is beigazolt ép területben történt műtéteket vesszük számba. MARSCHALKÓ tanár kérdésére, vajjon a szemhéjon, szemzúgban ülő rák esetén nem tartja-e jogosultnak az x-sugaras kezelést, megjegyzi, hogy a szemzúgban ülő rákok, még ha basocellularisak is, épp oly rossz prognosist adnak, mint az elszarvuló rákok, erre utalnak CLAIRMONT tapasztalatai is és erre utal azon eset is, melyet MARSCHALKÓ tanár a berlini dermatologiai congressuson 1½ évvel a besugárzás után demonstrált és a melyet most KANITZ tagtárs is bemutatott. Tagadja, hogy felületes bőrhámrák x-sugaras kezelése után recidiva nem jelentkezik, mert az általa bemutatott eset is annak idején felületes bőrhámrák volt, s most jellegző felsőajakrák képét adja. Addig, míg határozott támpontunk a rák felületes terjedésére nézve nincs, a sebészi kezelés jogosultságát tartja fenn.

2. Dr. STEINER PÁL: *Multiplex rák inoperabilis esete.* A rákos pusztítás szomorú példája ezen 70 éves férfibetegen látható, a kinek *bal fültötáján* férfitenyérsni, a fülcimpára is reá terjedő, azt elpusztító jellegzetes fekély ül, a mely állítólag 2 év előtt szemölcsből kezdett fejlődni, a melyet beretválkozásnál megvágott. *A bal falcsonton* 2 év előtt ütés után keletkezett egy „vadszemölcs“, a melyet a beteg kékkövel leégetett s azóta növekszik ezen típusos, felhánt szélű, gyermektenyérsni fekélye. *A jobb orrszárnyon* koronányi rákos fekély. *A jobb arezfélen* elszórtan számos rákos göbese. *A mellkason* az egész mellső mellkasfélre kiterjedő rákos fekély ül. Szöveti vizsgálat szerint a fejen ülő rákok basocellularis rák, a mellkason ülő *ulcus rodens* képét adja.

Ilyen esetekkel szemben a sebészeti thérápia lehetetlen, a bűzös váladék csökkentése szempontjából a paquelinezés jöhet szóba. Megkísérélhető és ilyen esetekben jogosult is az x-sugaras kezelés és az újabban ismét ajánlott chinin lokális alkalmazása. A HAUER-féle gelatina befeccskendezéstől eredményt nem láttam; ezen esetben a chinin alkalmazásával fogunk próbálkozni.

3. KANITZ HENRIK *lichen ruber planus* esetet mutat be, melynek érdekességét a szájúri nyálkahártya megtámadottsága adja.

4. BLUMENFELD SÁNDOR egy gümőkóros egyént mutat be, ki öt hónap óta tuberculin kezelésben részesül. — Ezelőtt pár nappal adott 5 centigram gyöngykórtuberculinra erős reakció lép fel a midőn nemcsak az ezelőtt 4—5 hónappal végzett PIRQUET és conjunctivalis reakció újult ki fokozott mértékben, hanem az ezelőtt 3 héttel végzett MORO-féle percutan reactio helye körül az egész felhastáj bal felét elfoglaló számos oedemás papula jelentkezett a bőrön. E mellett a háton az összes injectio helyeknek megfelelően infiltratiós csomók is újból jelentkeztek. (*Escherich Stichreaktion* ja.) E reakciók sokat hangoztatott ártatlanságát nemcsak ezzel az esettel akarja megdönteni, hanem még egy néhány esetre hivatkozik, hol a conjunctivalis reakciók után sokszor ismétlődő elég súlyos conjunctivitis vagy a MORO percután reakciók helyén hetekig elhuzodó bőrlob mutatkozik.

5. VESZPRÉMI DEZSŐ bemutatja a megfelelő göröcsői készítményekkel együtt: a) tüdőrák, b) mediastinalis lymphosarcoma és c) koponyaüri nagy chondroma eseteit.

Hozzászólás. BLUMENFELD SÁNDOR: Engedje meg a tisztelt szakosztály, hogy egy esetről röviden beszámolhassak. Egy 55 éves egyénről van szó, 1907 márczius 18. óta több ízben kereste fel a belklinikát. 1896-ban állítólag tüdőgyulladás után mellhártyalobot kapott s hat hétig feküdt kórodáncokon, azóta könnyebben fárad, hamar fullad, nehéz a légzése. Bejövetele előtt 8 nappal lett beteg. Fáj a bal mellkasa, sokat köhög, fullad, éjjel izzad, utóbbi időben soványodott. A valamivel magasabb természetű férfi beteg halovány, lesoványodott. Csontok, főkép bordák, már csekély nyomásra is érzékenyek, fájdalmasak. Idegrendszer különben eltérést nem mutat. A mellkas keskeny, lapos, légzésnél bal mellkasfél visszamarad, a bal mellkas fölött hátul, alul tompa, kopogtatási-hang, a mely fönt a scap. csúcsáig terjed, de a honaljvonalat nem éri el, s e fölött gyengült légzés. A mellkas többi része fölött érdes sejtes légzés, pár száraz szöresülés hallható. Elég sokat köhög, köpet nyákos, genyenes, benne KOCH-bacillust nem találtunk. Szív és többi szervek különösebb eltérést nem mutatnak. Lázás. Két hét mulva némi javulással távozik, azután még két ízben véteti fel magát ugyanazzal a panaszszal és statussal, azzal a különbséggel, hogy most

még soványabb, halványabb és nagyobbak tetszik a cahexiája is, csontok nyomásra még érzékenyebbek, a baloldali tompulat most is meg van, nem változott semmit, a tüdők felett eltérés nem mutatható ki. Állandóan lázas (37.0—38.0), a többszöri köpetvizsgálat Koch-bacillusra negatív, november 9.-én Ophthalmoreactiót csináltunk nála, mely kifejezetten positiv. Ezért, valamint a baloldali tompulat miatt is és emellett a beteg nagyfokú lesoványodása, köhögése és folytonos lázas volta miatt a tüdőbeteg-osztályra kerül fel, daczára annak, hogy Koch-bacillust a köpetben nem kapunk. Itt az első 2-3 hétben folytonos hasmenései vannak, sokat köhög, soványsága is fokozódik, köpetben azonban egy ízben sem kapunk Koch-bacillust, a december 20.-án csinált Pirquet-reactio positiv. Minthogy a gyakori köpetvizsgálat Koch-bacillusra, valamint rugalmas rostra is negatív volt, továbbá a kahexiája, melyben anacmiája dominál, több volt, mint a mennyit tuberculosishál kapunk, a csontoknak nyomásra való nagy érzékenysége hovatovább fokozódik, oedema pedum lép fel, hosszas időn át láztalan, felkeltette bennünk azt a gyanút is, hogy nincsen e jelen esetben Recklinghausen-kórral dolgunk, melyet ő 1891-ben írt le, vagyis elsődleges prostata carcinoma mellett fellépő többszörös csontmetastasis. E mellett a cahexian kívül a csontoknak nyomásra való érzékenysége szólna, azonban többszörös vizsgálat után sem tudtunk kimutatni a prostátában valamilyen elváltozást. Gondoltunk arra is, hogy nincsen-e valamelyes súlyos anaemia, esetleg leukaemiával dolgunk, de a több ízben megvizsgált vér a haemoglobiin szegénységen kívül különösebb eltérést nem mutatott, fehérvérsejtek száma 12000—14000 között ingadozott.

A kahexia fokozódott, a beteg mindinkább gyengült, oedema pedis mellett ascites is fellép, a régi baloldali tompulaton kívül most sem kapunk más elváltozást a tüdők felett, köpetben ezután sem kapunk Koch-bacillust, míg végre márczius 17.-én exitus áll be. A sectiónál kitűnik, hogy a bal tüdő alsó lebenyében egy gyermekfejnyi, puha, szétmálló tumor van, mely legnagyobb valószínűséggel carcinoma. E tumor alsó széle körül tág bronchusok vannak, a mellhártyának ez a része erősen megvastagodott.

Ez esetnek érdekességet ad az, hogy a meglevő physikalis tünetek mellett baloldali körülírt tompulat, köhögés, rendetlen lázak, az ophthalmo- és cutan-reactiók positiv volta daczára, hogy a köpetben többszörös vizsgálat után sem kaptunk Koch-bacillust, gümőkórt vettünk fel a legnagyobb valószínűséggel és mint méltóztatnak látni, a sectio egészen mást mutat, tumor a bal tüdő alsó lebenyében. A cutan és conjunctivalis reactióra magyarázatot ad a jobb tüdő csúcsban talált heges csúcsi folyamat, melyben 3—4 lencsényi elmeszesedett gümős gócz van. Nem tagadhatjuk, hogy a *cutan*, illetve

ophthalmoreactio és a gümőkór között szoros viszony van, azonban ez az eset bizonyítja, hogy a mennyire érdekes tudományos szempontból, ép oly kevés gyakorlati értéke van e reactióknak. Hiszen a mi gümős elváltozást sectiónál kaptunk, az oly csekély és már rég gyógyult folyamat, mely klinikailag számba sem jöhetett, míg a tulajdonképeni elváltozásról nem hogy útbaigazítást nyertünk volna, hanem az ophthalmo- és cutanreactio diagnosisunk felállításánál, mondhatnók, még megtévesztett bennünket.

Hozzászól még: LUKÁCS HUGÓ, UDRÁNSZKY LÁSZLÓ, JANCsó MIKLÓS.

IX. szakülés 1908. márczius hó 28.-án.

Elnök: MAKARA LAJOS, majd PURJESZ ZSIGMOND.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

1. PURJESZ ZSIGMOND: *Cirrhosis hepatis hypertrophica cum ictero sine ascitide* esetet mutat be, melynél két év óta fenálló sárgaság mellett nagy lép és nagy máj van, de ascites nincs.

2. POTOCKY DEZSŐ: *Phagocytosis trypanosomiasisnál* ezímen értekezik. (L. Értesítő 26—39. lapjain.)