

Jegyzőkönyvek

az Erdélyi Múzeum Egyesület orvostudományi
szakosztályából.

X. szakülés 1908. április hó 4.-én.

Elnök: PURJESZ ZSIGMOND.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

1. DR. GENERSICH GUSZTÁV *Pylorus stenosis*-ban szenvedő csecsemőt mutat be.

Hozzászól: MAKARA LAJOS, BUDAY KÁLMÁN.

2. DR. STEINER PÁL: *Subkután bélnruptura operált és gyógyult esete.* A 18 éves férfit, midőn hirtelen megfordult, egy kocsi rúdja hirtelen, bal hasfelén oly erővel ütötte meg, hogy rögtön összeesett, eszméletét veszítette, a mentők lakására szállították. Itt csakhamar émelygés, hányás fogta el, nagy hasi fájdalmak jelentkeztek. 9 órával a sérülés elszenvedése után került a klinikára tiszta sensoriummal, a bal hasfelre kiterjedő heves fájdalommal és kifejezett reflektorius hasi izomösszehúzódással. Hőmérséke rendes, pulsus 96 percenként. Előzetes gyomormosás és hólyagcsapolás után azonnal műtét. Median laparotomia a köldök alatt; a hasúr megnyitásakor zavaros, fibrines savó bőven ömlik elő, a belek mindenütt belöveltek. A jejunumon a bél oldalán babnyi repedés a nyálkahártya ajak-szerű előtüremkedésével. A bélrepedés helyének 2 rétegű elzárása; a hasúr kimosása 40 liter sterilis konyhasóoldattal. Hasfalvarrat. Zavartalan lefolyás; műtét utáni nap spontán volt széke, a hányás megszűnt s a beteg per primam intentionem gyógyult.

Az első 12 órában műtetre kerülő subkután bélrepedéseknek relative jó a prognosisuk, HERTLE szerint az esetek fele megmenthető. Esetünket jellemzi, hogy noha a diffus hashártyalob már kifejlődött, a bélrepedés elzárása és a hasúr bőséges kimosása gyógyulásra vezetett.

Hozzászólás: MAKARA tnr. a sima gyógyulást a sós vízzel való alapos kimosásnak tulajdonítja.

3. DR. VERESS FERENCZ. *Pityriasis lichenoides chronica* esetét mutatja be.

23 éves fiatalemberen, kinél semmi felhasználható anamnestikus adat nincs, lépett fel a bántalom 3 évvel ezelőtt néhány lencsényi kivirágzás alakjában a bal felkaron, a honnan hamarosan elterjedt az egész bőrtakaróra a fej, tenyerek és talpak kivételével. Számptalan, lencsényi vagy kisebb-nagyobb barnás, kissé kiemelkedő, száraz, infiltrált sima efflorescentiák láthatók minden rendszer nélkül a törzsön és végtagon. Subjectiv vagy általános tüneteket sohasem okoztak. Nagyrészüket ezüstfehér pikkely fedí, melynek lekaparása után, néha kissé vérző síma felület tűnik elő.

Szól a bántalom kórisméjéről, elkülöníti psoriasistól, lichen rubertől, syphilitól és felemlíti röviden a bántalom történetét valamint azt, hogy ez Kolozsvárt a második közölt eset, a mennyiben az elsőt MARSCHALKÓ tanár 2 évvel ezelőtt diagnostizálta és mutatta be a szakülésen.

4. DR. SÁNDOR ISTVÁN előadása: *A csonttörések kezelése Burdenheuer szerint.* (Készülékek bemutatásával.)

5. DR. SÁNDOR ISTVÁN. Érdekesebb X-sugaras képeket mutat be.

XI. szakülés 1908. május 2.-án.

Elnök: PURJESZ ZSIGMOND

Jegyző: KONRADI DÁNIEL.

1. STEINER PÁL: *Elephantiasis penis et praeputii* esete.

A 48 éves beteg 24 év előtt luest szerzett, melyet kenőkúrával kezelt. Egy év előtt penise dagadni kezdett s ekkor 3 hónapon át 100—100 gr. higanykenőcsöt kent a penisére; e kenőcsös kezelés alatt penise állandóan nagyobbodott. Penisének hossza petyhüdt állapotban jelenleg 16 cm., kerülete 15 cm., a bőr feltünően megvastagodott, a fityma vissza nem húzható.

Az elephantiasis penis aetiologiájában szerepet játszik az idült gyulladás, visszaeső orbáncz, nyirokérlob, tuberculosus, balanitis és lues. Ez esetben mint kórokozót egyfelől a luest, másfelől a 300 gr. higany-kenőcs által kiváltott izgalmat találjuk. E megbetegedés igen ritka még ott is, a hol az elephantiasis gyakori is, a tropusokon, a keleten is. A kórjóslat kedvezőtlen. Ez esetben a praeputium eltávolítása és esetleg egyes ékalakú lebenyek kimetszése elsődleges varrattal fog történni.

2. VERESS FERENCZ: *Hyperkeratosis subungualis syphilitica* esetét mutatja be, 7 hónap óta syphilisben szenvedő 45 éves egyénen.

3. GÁMÁN BÉLA előadása: *Szakorvosi vizsgálatok a kolozsvári sikeknéma intézet növendékeinél.* (L. Értesítő 75—87 l.)

4. DR. KANITZ HENRIK: *A Moro-féle percután tuberculin-reactióról* értekezik. 350 (98 biztosan gümőkóros, 42 gyanús és 200 nem gümőkóros) egyénen próbálta ki az eljárást és a következő pontokba foglalja össze vizsgálatainak eredményét: 1. A tuberculosis és a Moro-féle percután reactio között valamely szoros összefüggés van ugyan, de azért a reactio fajlagosnak, olyan értelemben, hogy csak tuberculosis jelenlétében és akkor mindig mutatkozik, nem mondható. 2. A positiv reactio nem jelent minden esetben biztos gümőkórt, a mint hogy nem minden biztos gümőkór ad positiv reactiót. És viszont a reactio kimaradása nem jelzi biztosan a tuberculosis hiányát, sőt sokszor éppen ennek az ellenkezője áll fenn. 3. A percután reactio alapján, tehát a gümőkórt biztonsággal sem kórismézni, sem kizárni nem lehet. 4. A cután tuberculin-reactiók értékesíthetősége szempontjából behatóan tanulmányozandók mindazon tényezők, melyek a bőrnek reactióképességét a tuberculin-nal szemben befolyásolják.

Hozzászólások: a) UDRÁNSZKY LÁSZLÓ tnr. a fajlagosan ható anyagoknak a bőrön át bekebelezésével végzett kísérleteket illetőleg arra utal, hogy annak megállapítása, mennyi szívódott föl valóban az illető anyagból, gyakran leküzdhetetlen nehézségekbe ütközik.

b) BLUMENEELD SÁNDOR dr.: Midőn Moro-nak a Münch. Med. Wochenschriftben megjelent cikkét olvastam, az a kérdés merült fel előttem, vajjon egyáltalában szükség van-e erre a reactióra, nem-sokára azt válaszolhattam reá, hogy nincs. T. i. 60 biztos tüdő-tuberculosisban szenvedő egyén közül csak 15—20-nál kaptam positiv reactiót, tehát ott, hol más klinikai vizsgálatokkal ki tudtam mutatni a gümőkórt, e reactióval az nem sikerült. Az én szerény véleményem az: elégedjünk meg a tuberculinnak *bőralá* való alkalmazásával, a hol nemcsak a localis, hanem az általános reactio is pontosabb és könnyebben megfigyelhető, mint a cután, conjunctivalis vagy percután reactio. Az előadó úr által említett veszélytelensége, ártatlansága a reactionnak sincs egészen úgy, hiszen láttuk, hogy tuberculin injectio (therapeutikus) után oly fokozott mértékben újult ki a reactio, hogy a beteg még hetek múlva is panaszolt viszketés érzetéről és arról, hogy testén most is megvannak a kiütések. Én azt hiszem, hogy klinikánkon, hol a tuberculin-t therapeutikus célok-ból subcután alkalmazzák, nemcsak hogy nem tanácsos e reactiókat mint feleslegeseket végezni, hanem a kellemetlen kiújulásokra való tekintettel nem is szabad.

c) REINBOLD BÉLA. A tuberculin reactiók gyakorlati értékesíthetőségének főleg a reactio túlságos érzékenysége áll útjában, a mennyiben olyan esetekben is positiv eredményt kapunk, melyekben tuberculosis tényleg nincs jelen, hanem csak lezajlott gümős folyamatok nyomaival találkozunk. A tuberculin reactiók kiviteli módjának újabb módosításaiban a reactio érzékenységének lefokozására

irányuló törekvés látható. A mennyiben azonban az újabb módosítások, így a Moro-féle is, ezt az eredményt részben az által igyekeznek elérni, hogy a bevitt tuberculin mennyiségét a minimumra szállítják le, ezt az irányt nem tartja szerencsésnek. A reactio érzékenységének leszállítása tényleg kívánatos a reactio fajlagosságának fokozása érdekében. Ennek azonban nem a bevitt tuberculin mennyiségének végtelékig menő csökkentése által kell történnie, mert ezzel a reactio csak bizonytalanná válik, fajlagossága azonban nem fokozódhatik.

Hozzászóltak még JANCsó MIKLÓS és ELFER ALADÁR.

ELŐADÓ: Elismeri, hogy a reagens pontos adagolása ezen eljárásoknál kivihetetlen, de hiszen ez tulajdonképpen a tuberkulinak bőr alá fecskendésekor sem lehetséges. A reactio lefolyásának qualitativ tanulmányozására pedig a bőr kedvező helyzeténél fogva a legalkalmasabb. Hangsúlyozza még egyszer, hogy a Moro-féle kenőcsreactionak nem tulajdonít nagy jelentőséget a gümőkór körismézésében. BLUMENFELD intése, hogy tuberculinkezelésben részesülő betegeknel a kellemetlen kiújulásokra való tekintettel a localis tuberculinreactiók lehetőleg ne alkalmaztassanak, megszívlelendő.

XII. szakülés 1908. május hó 9.-én.

Elnök: PURJESZ ZSIGMOND

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

1. DR. KANITZ HENRIK: a) *Pellagra-esetek.* A pellagra lefolyásában időszakos javulások és kiújulások váltakoznak egymással. A téli hónapokban a pellagrás elváltozások meg szoktak szünni, de ha a beteg a télen át nem változtat életmódján, nevezetesen ha tovább fogyasztja a kukoriczát, a következő tavasszal újból előállanak. Ezért van az, hogy a pellagrás betegek rendszeren tavasszal kerülnek észlelés alá. A bőrgyógyászati klinikán ősz óta nem látunk pellagrát, a múlt héten egyszerre kettő is jelentkezett.

1. eset. G. A.-né 40 éves, Száva, Szolnok-Doboka megyei községből. A betegség 2 év óta, a jelenlegi elváltozások 6 hét óta állnak fenn. Családjában hasonló baj nem fordult elő. Gyermekkor óta főleg málélisztból készült kenyérrrel és puliszkával él. A kezek és ujjak háti felületén a bőr barnásan festékezett, a középén atrophias, a kezek szélein és az ujjakon kissé beszűrődött, csak vastagabb ránczokba szedhető, sokszorosan berepedezett. Az egész elváltozás felfelé, 3 harántujnyira a kéztőizület felett, feltünően pigmentált, sötét sávval élesen végződik. A beteg kesernyés szájról, nyálfolyról, hányingerről panaszskodik. Szájnyálkahártya duzzadtabb, pirosabb. Erős hasmenés, mely már 2 hónap óta tart. Idegrendszer részéről nincs kóros elváltozás.

2. K. L. 54 éves napszámosnő, a kolozsmegyei Ombuzd községből. Szintén főképen kukorica-kenyérből és puliszkából él gyermek-kora óta. Ezelőtt 4 héttel kezén, lábán meglobosodott a bőr, de ez évben már harmadízben támadja meg a betegség, mely mindig tavasszal, az első mezei munka után szokott előállani. Családjában hasonló betegség nem fordult elő. Tünetek: A kezek háti felületén az ujjak végétől kezdve felfelé, egészen az alkarok közepéig a bőr feltűnő sötéten pigmentált, szinte barnás-fekete, a szaruréteg nagyfokú hyperkeratosist mutat, a bőr felületi barázdáltsága rendkívül kifejezett, az ujjak és kezek szélein berepedezések. A lábhát bőre mindkét oldalt erősen hyperaemiás és savósan duzzadt, az ujjak tövében mogyorónyi—diónyi kissé zavaros tartalmú hólyagok. Congestiv vérbőség és savós beivódás a száj nyálkahártyáján, a nyelv több helyt berepedt, a beteg sajátságos sós és keserű szájjárról panaszkodik. Hasmenés nem áll fenn. Ellenben kisebb fokú zavarok állapíthatók meg az idegrendszer részéről, u. m. fejfájás, fájdalmak a gerinczben, állandó szédülés, renyhe pupillaris reactio, fokozott reflexek, homályos látás, nagyfokú lehangoltság, részvétlenség.

A pellagrának — mint ismeretes — Erdély a főfészke. A kolozsvári bel-, bőr- és elme-kórtani klinikán 1898-tól 1906-ig 150 pellagrast észleltek. A betegségnek ezen rendkívüli elterjedése az erdélyi megyékben prophylaktikus intézkedéseket követel.

Hozzászólás: PAPP ERNŐ felemlíti, hogy olyan egyénnél is észlelte a pellagrát, a ki kukorica nélkül élt. Ugyanezen a véleményen van PURJESZ TNR. is, de hozzáteszi, hogy az ilyeneknél felveszik, hogy kukoriczából készült pálinkát ittak.

VERESS FERENCZ szerint mégis legnagyobb szerepe a kukoriczának van.

b) *Súlyos égési sérülés nagyfokú eltorzítással.* A 2 éves leánygyermek 3 hónap előtt fejjel belebukott egy forró, lúgos vízzel telt dézsába. A súlyos, harmadfokú égés következtében az egész fej és arcbőr hegesen gyógyult, a szőrzet e helyeken elpusztult, a bőr atrophias, rugalmatlan, síma, fénylő, az alapjához rögzített, a szájnnyílás hosszúkas haránt réssé alakult, a felső és alsó szemhéjak mindkét oldalon kifordultak és az orbita csontos széléhez odanőttek, a cornea mindkét szemem egy heges szövetté alakult, melynek közepébe az iris belenőtt. Teljes vakság. A gyermek mind ezen elváltozások következtében szinte ijesztő módon el van torzítva. Gyógyítólág beavatkozni alig lehet.

2. FÉLEGYHÁZY ERNŐ dr.: „*A Bier-féle pangásos vérbőség hatásáról, sebészi gümös bántalmaknál*“ czímen tart előadást. (I. értesítő 88—95 lapjain.)

Hozzászólások: MAKARA LAJOS dr. Felszólalásom célja, hogy egyrészt elhárítsam a félreértéseket, melyek tán a hallott előadás kapcsán támadhatnak, másrészt, hogy körvonalazzam már ez

alkalommal klinikánk tapasztalatait és álláspontját a BIER-féle kezelés körül.

FÉLEGYHÁZI dr. bemutatott szövettani vizsgálatai egyelőre kisebb méretűek, mintsem igényt tartanának arra, hogy a gümös bántalmaknál a B.-féle kezelés során fölmerülő szövet változásokat mind felülették és megfejtették volna. Készítményei csak arról tanuskodnak, hogy 1. a KLAPP-féle szívók a szövetek folyékony és mobilis elemeit mozgósítják, 2. hogy a pangásos és szívó kezelés hosszabb idejű használata után a javulások vagy gyógyulások karöltve járnak a kötőszövet megszorodásával. Tehát ezen kötőszövetzsorodás mint a gyógyulás egyik tényezője látszik szerepelni.

A gümös bántalmak lassú gyógyulása miatt a B.-féle kezelésről végleges ítéletet ez irányban ma sem mondhatunk. A kezelés hosszadalmassága miatt a klinikára felvett gümös eseteket B. kezelés mellett végig észlelni aránylag csekély számú esetben volt alkalmunk. A nem javuló eseteket vagy a türelmetlen betegeket megoperáltuk, a javulók nagyobb részét házi tovább kezelésre útasítottuk. Betegjeinkről összeállítással még nem rendelkezünk s így csak azon általános nézetünket mondhatjuk el, hogy a B.-féle pangás és a KLAPP-féle szívók rendszeres és kitartó használata mellett a gümös mirigy-, csont- és ízületbántalmak egy része határozottan javul, sőt hosszabb idő, hónapok, évek múlva meg is gyógyulhat. E gyógyulásban, véleményünk szerint nem magának az ismétlődő vérbőségnak, hanem a pangásos és szívókezeléssel együtt járó szöveti változásoknak van a főreszük, azért is a sipolyos esetek szinte jobb anyagát képezik e kezelésmódnak. Hogy azután a csont- és ízület-tuberculózisok gyógyulása ily módon mennyiben tartós, nem következik-e be visszaesések, ez iránt ma még nem nyilatkozhatunk.

A bemutatott 3 beteget kísérleti célból tartottuk oly hosszú idő óta a klinikán, hogy a módszernek mintegy határait kipróbáljuk. Mert mindhárom, előhaladott lábtő és boka gümösödésben szenvedő betegnél a többi megtartó módszerek kilátással már alkalmazhatók nem lettek volna. A B. kezelés mellett, kombinálva tehermentesítéssel és kisebb műtéti beavatkozásokkal, mindannyinál jelentékeny javulás, sőt kettőnél a gyógyuláshoz közel álló állapot következett be. A B.-féle kezelés tehát méltán sorakozik a többi conserváló kezelésmódok mellé.

Általán véve azonban a B.-féle hyperaemiás gyógyítás nem felelt meg azon nagy várakozásoknak, melyeket hozzá fűztünk. Kétségtelenül érdeme B. nek, hogy a buvárok azon csoportjához csatlakozván, a melyik a gyulladásokat kísérő vérbőséget hasznosnak tartja, ezen felfogást népszerűvé tette. Abban azonban, véleményem szerint, túlló B. a célon, mikor a vérbőséget minden gyulladásnál fokozni óhajtja. Mert, ha az ő teleologikus álláspontjára helyezkedve, a gyulladással vérbőséget a természet célszerű intéz-

kedésének tekintjük, ellenkezésbe jövünk önmagunkkal, midőn a vérbőség fokát nem tartjuk elégségesnek és azt minden esetben corrigálni és pedig fokozni akarjuk.

Tényleg a fedett, heveny gyulladásoknál a tapasztalat azt mutatta, hogy a pangásos kezelés nem mindig czélszerű. Kezdődő bántalmak hirtelen súlyosbodhatnak, az előhaladottaknak a kezelését pedig bemetszések nélkül nem szabad megkísérteni.

Máskép áll a dolog a nyílt vagy bemetszésekkel megnyitott eseteknél, ilyenkor a strangulálás nemcsak vérbőséget eredményez, de a nedváramlást a seb színek felé terelvén, ott bőséges savófolyságot s ezáltal a bakteriumok és termékeik bőséges kifelé jutását eredményezi. Véleményem szerint ez képezi hasonló esetekben a siker kulcsát. A szívókezelés sok tekintetben különbözik a strangulálástól. A hyperaemizáló hatás itt csak másodrendű dolog, miért is e módszerrel kevesebb bajt okozhatunk. Nyílt esetekben itt egyenesen a sebváladék enyhe eltávolítása áll a homloktérben.

Azonban, ha a B. kezelés oly értelemben nem is vált be, mint azt B. fejtegetései alapján várni lehetett, mégis elvitázhatatlan érdeme, hogy a sebészeket visszatartotta a czélszerűtlen bemetszésektől, az ok nélkül való húzamos tamponálástól. Segélyével sikerül a sebváladék kifolyását kisebb nyílásokon és kiméletesebb módon érni el.

Már a múlt évben, az első sebészgyűlésre készített referátumomban kiemelttem, hogy míg azelőtt a sebészek a bemetszések nagyságával licitáltak egymásra, most B. a bemetszések kicsinyiségére helyez súlyt. Az igazság pedig a középben van. A bemetszések fontosságát és a minimális metszések elégtelenségét először LEXER hangoztatta, midőn egyúttal az egész módszernek kritikai megvilágosítását adta. Kétségtelen, hogy a jól megválasztott helyen, irányban és nagyságban ejtett bemetszések a gyulladások korlátozásának legfontosabb tényezői. Más részről nagyban hozzájárul a sikerhez azon körülmény, hogy tartózkodunk a szöveteket lecsupasztás-, főlös tamponálással táplálkozásukban zavarni.

Sajnálni lehet, hogy a mai kor lázas munkálkodásában oly hamar divatját multa a B. kezelés az orvosi irodalomban; szinte napirendre tértek fölötte, mielőtt annak sikereit és balsikereit minden irányban megfejtették volna, mielőtt az indicatiók és contra-indicatiók pontosan körvonaloztattak volna.

Hozzászól még VERESS FERENCZ.

XIII. szakülés 1908. május hó 16.-án.

Elnök: PURJESZ ZSIGMOND

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

1. BLUMENFELD SÁNDOR dr. az *ophthalmoreactio sejtani értékéről* tart előadást. LAFOU és LAUTIER úgy találták, hogy a klinikailag positiv reactiojú szem váladékában (tuberculin beecseppintés után) a polynuklearis leukocyták felszaporodnak, míg a negativ esetekben vagy nem, vagy csak elvétve találunk egy-egy polynuklearis leukocytát. E lelet segítségével már a reactio klinikai megjelenése előtt megállapíthatjuk, hogy e reactio positiv vagy negativ. Előadó nemcsak tuberculin beecseppintés után vizsgálta a szem váladékát, hanem collyrium adstr. lut. és 10% glycerin beecseppintése után is és e mellett még conjunctivisos betegek szemváladékát is. Vizsgálatainak eredménye az, hogy úgy egészséges, mint gümőkóros egyénnél nemcsak tuberculin, hanem collyr. adst. lut. 10%-os glycerin beecseppintése után is talált nagyobb számú polynuklearis leukocytát a szem váladékában. Hasonló a lelet conjunctivitisnél is. Következésképp kimondja, hogy a polynuklearis leukocyták megjelenése a szem váladékában sem azt nem jelenti, hogy positiv a reactio, sem pedig gümőkórra nem jellemző.

2. VERESS FERENCZ: Vetített képek bemutatása. II. sorozat: Bőrbántalmak czímen tart előadást.

XIV. szakülés 1908. május hó 23.-án.

Elnök: TURCSA JÁNOS

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

1. SÁNDOR ISTVÁN dr. *Trauma után az arczon fellépett nagy-kiterjedésű haematoma vagy aneurysma spurium, vagy esetleg angioma, ritkább esetét mutatja be.*

A hatvanégy éves nőbeteg mintegy kilencz hónap előtt homlokát megütötte, ezután 2—3 hónap múlva az ütés helye duzzadni, majd pirosodni kezdett. A duzzanat és a pirosas-kékes elszíneződés azóta állandóan terjed, úgy, hogy jelenleg a beteg arcza lárvaszerű, szemeit nyitni alig tudja. A duzzanattól a vér nyomással kiüríthető, felette erős, systolikus surranás hallható. A nyálkahártyákra a folyamat nem terjedt át, az egésznek tapintata az angiomakénál keményebb és az angiomára emlékeztető területek határai vizenyösen infiltrált halvány sárgás-zöldes színeződésű területekbe mennek át. Therapeutice ha vérzéses eredetre gondolunk a trauma helyén, úgy a vérző hely feltárása és ellátása jöhetne szóba. Ha mégis angioma-

tosus elváltozás volna jelen, úgy terjedelménél fogva csakis conservativ eljárástól, esetleg talán néhány RÖNTGEN besugárzástól lehetne eredményt várni.

2. DR. KANITZ HENRIK: *Urticaria pigmentosa* esete egy 9 éves leánynál. A betegség 3 év előtt kezdődött, néhány urticariás bőr-elváltozás fellépésével, melyeknek helyén azonnal barnás festékezettség támadt. Azóta több ízben egyes rohamokban részint új góczok támadtak, melyek szintén barnás pigmentatio hátrahagyásával visszafejlődtek, részint az új góczok fellépésével egyidejűleg a régi festékezett helyek megduzzadnak, kivörösödnek és viszketnek. Jelenleg csak festékezett helyek láthatók a köztakarón (nyakon nagyobb, egész tenyérynyi, végtagokon korona egész forintos nagyságú foltok), de néhány nap előtt volt a betegnek egy új eruptiója, a mikor az összes elváltozásoknak urticariaszerű meglabosodását és megduzzadását észleltük. A festékezett helyek művi izgatással is megduzzaszthatók. A nem festékezett helyen dermatographismus mutatható ki. A festékezettség a régiebb góczokban sötétebb, az újabb elváltozásokban halványabb. Az egyes rohamok fejfájással, hasmenéssel, gyomortáji fájdalommal és mérsékelt lázzal kezdődnek.

Az urticariás eruptióknak ugyanazon bőrreszleten való рецидивálása, az egyes góczok helyén visszamaradó sötét festékezettség biztossá teszik az urticaria pigmentosa kórismétét.

A betegség prognosisa nem kedvezőtlen, a gyermekek a baj ellenére jól szoktak fejlődni. Hogy mikor szűnnek meg a rohamok, azt nem lehet tudni.

Az urticaria pigmentosa kóroktana teljesen homályos. Az elnevezéssel csak egy bőrleletet jelzünk, mely bőrlelet az illető betegen időről-időre megtalálható, de hogy e bőrelváltozás mögött miféle kóros folyamat rejlik, a fenti diagnosissal éppenséggel nincs megmondva.

Az urticaria pigmentosa ellen orvosságunk nincs. A kezelés tisztán tüneti és a bőr izgalmának és a viszketésnek csökkentésére irányul.

3. GÓTH LAJOS dr. *Gerinczvelő érzéstelenítés nőgyógyászati műtéteknél* címmel tart előadást. Egész terjedelemben a „Gyógyászat”-ban és németül „Gynäkologische Rundschau”-ban fog megjelenni.

A nőgyógyászati klinikán végzett 72 kísérletről számol be, melyek közül 61-szer kifogástalan eredményt tudott elérni. Fejtegeti a technikát, mellék- és utótüneteket. Conclusiója az, hogy a nőgyógyászati műtéteknél éppenséggel használható és használandó a lumbalis analgesia, mint általában a sebészetben; az, hogy éppenséggel nőgyógyászati műtéteknél alkalmazzák, sem az eljárás, sem a siker, mellék-, vagy utótüneteket nem változtat. Minthogy előnye az általános narkotikumokkal szemben főleg akkor szembetűnő, midőn a műtét tartama miatt annyi chloroform használtatik el, a mennyi a szükséges stovain

veszélyeivel felérő ártalmakat jelent, a gerinczvelő érzéstelenítése éppen a nagyobb és nagy műtéteknél alkalmazandó.

Hozzászólás: a) MAKARA LAJOS dr. A gerincztagyi érzéstelenítés kérdése már két ízben volt a szakosztályban tárgyalva, miért is hozzászólásom rövid lehet, csak a kérdésben elfoglalt mai álláspontunkat kívánom néhány szóval körvonalozni.

Mindenek előtt az előadó úr által fölemlített morphium befecskendésre vonatkozólag megjegyzem, hogy mi azt nem 10 perezzel, de egy órával a műtét előtt adjuk. Némely egyén ugyanis a morphiummal szemben túlérzékeny, ilyeneknél annak kellemetlen mellékhatásai, a lumbalis befecskendett anaestheticum hatásával egybeesve, a collapsus esélyeit fokozzák.

Idevonatkozó mult évi előadásomat azzal fejeztem be, hogy a gerinczérzéstelenítés mai állása mellett, törekvéseink súlypontját az általános bódítás lehető tökéletesítésére kell helyeznünk. Álláspontunk ma sem változott, sőt azóta a lumbalis analgesia körét szűkebbre szabtuk. Különösen bizalmatlanok lettünk a stovainos lumbalis analgesiókkal szemben, mert kétségtelen, hogy annak veszélyei a jól alkalmazott bódítást messze túlszárnyalják.

Sajnos, erről magunknak is volt alkalmunk meggyőződni, mikor egy erőteljes férfi betegünket gümös térdizületének műtete czéljából 6 ctgrm stovainnal a szokásos módon érzéstelenítettük, s az első bemetszés megejtésekor halálos légzési és szívhüdést kapott. A boncsolás ugyan lappangó gümös hashártyagyulladás és régi, lefolyt pericarditist is mutatott, de nem állíthatjuk, hogy ezek a különben erőteljes egyén stovain mérgezését elősegítették volna.

Ezen halálos kimenetel nálunk körülbelül 350 stovainos lumbalis befecskendezésre esik. Ezen arányszám megfelel az irodalmi adatoknak is. Minthogy pedig a mérgezés veszélye az elhasznált stovain mennyisége arányában fokozódik, én már a 6 ctgrmot maximalis adagnak tartom. Ezt bizonyítják előadó úr esetei is, midőn azok közt a nagyobb stovain adagnak megfelelőleg már 73 esetre két stovain halál esik. Ha ezek legyengült, ascitestől fönyomott rekeszű betegek voltak is, a halálozás rendkívül nagy az eljárás rovására. A mennyire megvesztegető a lumbalis analgesia képe, a mikor az jól sikerül és a kellemetlen utóhatások is elmaradnak, annyira kijózanítanak és óvatosságra intenek az említett szomorú tapasztalatok, melyek teljesen kiszámíthatatlanok. Ehhez járultak az elég gyakori, múlt természetű, kellemetlen utóhatások és a szerencsére ritkábban tapasztalt tartós hatások, valamint az irodalomban közölt maradó bűnlások.

Ezzel szemben a narcosis mai fejlettségében sokkal veszélytelenebb, jobban kiszámítható eljárás. Különösen az esetenként helyesen megválasztott kombinált narcosisok veszélyei gondos adagolás és jó ellenőrzés mellett igazán csekélyek. Meg kell azonban vallani,

hogy a morphium, scopolamin, aether és chloroform helyes megválasztása, a beteg jó elhelyezése és előkészítése, esetleg az altató készülék kezelése, a narkotizálóval szemben nagyobb igényeket támaszt, mintsem a régi egyszerű chloroform vagy aether narkosisok.

Mindezek daczára lesznek esetek és körülmények, a mikor a lumbalis analgesia az általános bódításnál alkalmasabbnak és előnyösebbnek mutatkozik, de ilyenkor válaszszuk a legkevésbé veszélyes anaestheticumot, vagy, ha bármi oknál fogva mégis a stovainnál maradunk, igyekezzünk a kisebb adagokkal célt érni. Szóva nem akarunk a lumbalis analgesiát a jövőben sem nélkülözni, de annak indicatióit és kivitelét tartjuk szigorubban elbirálandónak.

b) SÁNDOR ISTVÁN többször látott kellemetlen mellékhatásokat és ezért az általános narkosis híve.

c) STEINER PAL véleménye szerint nem a technikától, hanem a befeeskenedett szertől függ a kérdés haladása.

d) SZABÓ TIR akkor, mikor a műtétel természete szerint hosszú és mély narkosisra van szükség, szivesebben nyúl a lumbalis érzéstelenítéshez.

4. VERESS FERENCZ előadása: Új módszer lehetőleg természetű viaszlenyomatok (moulage-ok) előállítására.