

Jegyzőkönyvek

az Erdélyi Múzeum Egyesület orvostudományi
szakosztályából.

XV. szakülés 1908. október hó 3.-án.

Elnök: TURCSA JÁNOS.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

1. GÓTH LAJOS dr. *ikercollisio* esetét mutatja be.

Egy 18 éves I. P.-nál medencezévégű fekvést diagnosztizáltak és a midőn a magzat vállig megszületik, a napos orvos a karokat kifejti, majd a fejet próbálja kiszabadítani, a mi azonban kivihetetlennek bizonyul. Azonnal előadóért küld, a ki megállapítja, hogy az I. sz. időközben elhalt magzat feje azért nem szabadítható ki, mivel ikerterhesség esete forog fenn és a második magzat feje az első elé nyomulván, az utat teljesen elzárta. Az esetet előadó úgy oldotta meg, hogy előbb a keresztben álló második fejet fejtette ki fogóval s csak a II. magzat megszületése után hozta ki az I.-nek a fejét. A szülés után erős atonia mutatkozik, a mely csak tamponálással küzdhető le. A műtét alatt keletkezett teljes gátrepedést catguttal egyesíti.

A lefolyás egészen kedvező, a repedés per primam egyesült, a II. élő magzat couveuse-ben eleinte fogy, 2000 gramm-ról 1600-ra apad, de aztán fejlődésnek indul és 1000 gramm súlygyarapodással bocsátják ki a klinikáról.

Előadó hangoztatja az *ikercollisio* eseteinek szerfölött ritka voltát, ismerteti a megoldásra ajánlott különféle eljárásokat s végül indokolja, hogy miért kellett ebben az esetben a szülést az általa választott módon befejezni.

(Részletesen megjelenik a „*Gyógyászatban*“).

Hozzászólás: ÁKONRZ KÁROLY m.-tanár megjegyzi, hogy vagy dekapitálni kell az első számú magzatot, vagy a megszületett törzs kisebbitését kell megkísérelni az utólagos nagyobb sérülések elkerülhetése végett.

SZABÓ tanár nem helyesli a decapitációt, ellenben a törzs kisebbitését igen.

2. STEINER PÁL dr. *Freyer szerint operált prostata- és ondóhólyagrák gyógyult esete.*

A 70 éves betegnél 6 év előtt kezdődtek a vizeleti nehézségek, a melyek gyakori vizelésben, fájdalomban, erőltetett mictióban állottak. Ezen tünetek folyton súlyosbodtak, jelenleg 8 nap óta teljes vizelet-rekedése van. Végbélben át való vizsgálat kis almányi, igen kemény, egyenetlen, göcsös felületű prostatát derít ki, cystoscopiánál erősen bedomborodó prostatát ép nyálkahártyával borítva és trabecularis hólyag-nyálkahártyát találunk. Tekintve a prostata porczkemény megnagyobbodását, a diagnosist *prostatarákra* teszszük. 1908 július 23.-án végezte előadó a műtétet, a mely FREYER szerint transvesicalis úton történt. A prostata kiválasztása csak a basison volt a szokottnál nehezebb, a hol is környezetével és mindkét ondóhólyaggal szorosán összenőtt, miért is kiválasztása e helyen csak élesen történhetett. Az eltávolított prostata kemény, göbös, helyenként vajsárga elhalást mutató részletekkel, 75 gramm súlyú, az eltávolított ondóhólyagok szintén rákosan infiltráltaknak látszanak. A műtéti sebet előadó teljesen nyitva kezelte FREYER előírása szerint. A lefolyás 5 napig tartó jobb oldali mellékhere gyulladástól eltekintve, teljesen zavartalan volt, a műtéti seb 5 hét alatt teljesen gyógyult. A vizelet akadálytalanul megy végbe, éjjel többnyire egyszer sem, nappal 4—5 óránként tiszta vizeletet ürít; újabb vizsgálat recidivát nem mutat. A prostata és ondóhólyagok vizsgálata (VESZPRÉMI dr.) adenocarcinoma-t mutatott ki mindkét szervben.

A prostata rákos megbetegedését régebben ritkaságok közé sorolták, WINIWARTER statisztikájában a BILLROTH-klinikáról 548 rák-esetből 1 esetben fordult elő prostata-rák. Az újabb közlések gyakoribb megjelenésről tesznek tanúságot, így ALBARRAN 100 prostata-tektoniás esetéből 14, KÜMMELL 41 esetéből 9 és a mi 19 prostata-tektoniás esetünkben 1 esetben fordult elő a rák.

A prostata-rák aránylag gyorsan infiltrálja a környezetet; a végbél nyálkahártyája csakhamar szoros összefüggésbe jut a prostatával, vagy karfiolszerű növedék alakjában a hólyagürbe boltosúl. Az ondóhólyagok rákos beszűrődése, miként a bemutatott esetben is, gyorsan jó létre, máskor viszont a húgyeső felé terjed a rák, miként azt egy esetben uraemiás állapotban beszállított prostata-rákos betegünkönél észlelhettük. Ismeretes a gyakori metastasis képzés a csontokban, a melyről RECKLINGHAUSEN oly kimerítő tanulmányt írt. Gyakran a prostata-rák minden különösebb helyi tünet nélkül jelentkezik, symptomatológiája nagyjában egyezik a jóindulatú túltengésével; gyakran haematuria, a plexus lumbalis és sacralis mentén kisugárzó fájdalom utal esetleges rosszindulatúságra. A tapintásnál a feltűnő kemény, egyenetlen, assymetriás megnagyobbodás figyelmeztet arra, hogy álképlettel van dolgunk. A prognosis kedvezőtlen, többnyire a korai műtét mellett is.

Az első prostatakiírtást rák miatt BILLROTH végezte, a beteg 14 hó múlva recidivában elhalt. Már a műtéti halálozás is nagyobb, mint a rendes prostatektomiánál, így POUSSON 24 esetéből 7; KÜMMELL 9 esetéből 3 halt meg a műtét következtében; általában a perinealis útat választják behatolásul. Esetünkben a transvesicalis úton végeztem a műtétet, a mely behatolás mellett a prostatakiírtás teljesen jól végezhető volt. FRISCH azon tapasztalata azonban, hogy mivel a prostatával együtt rák esetén a pars prostatica urethrae is eltávolíttatik, minden esetben incontinentia áll be, nem fogadható el, mert sem ezen esetben, sem a többi prostatektomiás esetekben, melyekben a pars prostatica urethrae-t eltávolítottam, sohasem állott be incontinentia. Remélhető, ha korai diagnosis alapján radikálisban avatkozunk be, a prostata-rák eddigi szomorú kórjólata is kedvezőbbre fog fordulni, de végleges ítéletet a műtét maradandó értékéről csak nagyobb tapasztalás után mondhatunk.

3. GYERGYAI ÁRPÁD két beteget mutat be, kiknek hypopharynx-ában carcinomát talált.

Hozzászól: KANITZ HENRIK.

4. AUSTERLITZ VILMOS előadása: „Az anatómiai nomenclaturáról.“ (L. Értesítő 107—112. l.).

SÁNDOR ISTVÁN hozzászólásában a klinikusokra nézve fásasztó feladatnak tartja, hogy a régi, megszokott nevek helyett az új kifejezéseket fogadják be. Erre hosszú idő, évek sora volna szükséges.

AUSTERLITZ fentartja a „nomenclatura“ módosításának szükséges voltát, bár elismeri, hogy annak csak úgy lehetne fogantatja, ha a többi orvosi szakok képviselői saját hatáskörüikben megfelelően átdomítanák műkifejezéseiket. Hiszen a pathologia terén is csak úgy hemzsegnek a váltakozó elnevezések egy és ugyanazon kór-alakokra vonatkozólag. E téren tehát egységes eljárás volna óhajtható.

XVI. szakülés 1908. október hó 10.-én.

Elnök: PURJESZ ZSIGMOND.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

1. KANITZ HENRIK nagykiterjedésű *fejtetőrákot* mutat be, mely RÖNTGEN-kezelésre javult.

2. SÁNDOR ISTVÁN dr.: *A Bardenheuer-féle extensiós kezelés.* (II. Folytatás. Betegek és x-sugaras képek bemutatása.) Folyó év április hó 4.-én tartott ülésen a t. Szakosztály engedélyét kértem volt arra, hogy mivel akkor még kellő beteganyag nem állott rendelkezésemre, extensiós eljárással gyógykezelt betegeket egy későbbi alkalommal mutathassak be.

Jelenleg éppen aránylag nagyobb számú törést kezelek ez eljárással a sebészeti klinikáun, miért is engedjék meg, hogy éljek

az alkalommal és részben gyógyúlt, részben még kezelés alatt levő beteget a szakosztálynak bemutassak. Bár így is igen hiányos lesz a képe annak, a mit a BARDENHEUER-féle eljárással elérni lehet, de azt hiszem, főbb vonásaiban már most is kellő képet mutathatok be, melyet alkalom adtán egyes ritkább esetek bemutatásával fogok kiegészíteni.

A mult ülésen előadottakból egész röviden a következőkben vagyok bátor ismételni a BARDENHEUER-féle extensiós eljárás lényegét és annak előnyeit. Minthogy a végtagesontok töréseinél a dislocációt lényegében az izomzatnak és a környi, lágy részeknek elasticus retractiója, majd pedig lobos, később heges zsugorodása okozza, ezen állandó erőbehatások ellen a kezelés szintén állandóan ható erőkkel ezélszerűen alkalmazott súlyok, avagy megfeszített rugók erejével küzd, lehetővé teszi a pontos repositiót, ennek macroscopos és RÖNTGEN-sugaras controllját. Általa az interfragmentalis nyomás csökken, a törés körüli vérömleny és lob könnyen szívódik fel, a gyógyulás hamarabb és kisebb callussal történik. Ennek következtében a callus túlproductio hátrányai elesnek. Mindezen előnyökhöz hozzájárul az, hogy a kezelésnek igen korai szakában már elkezdődhetik a mechanikus utókezelés, helyesebben kezelés, amely működtetvén az izomzatot, a nyirokkeringés eme szivattyúit, úgy ezek, valamint az ízületi tokszallagok és ízület körüli lágy részek heges zsugorodását megakadályozza, a mely körülmény az előbbiekkel, valamint számos, ezúttal nem említett körülménnyel együtt lehetővé teszi azt, hogy az esetek nagy részében, a midőn az anatómiai gyógyulás beáll, a teljes functio helyreállása sem várat magára sokáig. Különösen alkalmassá teszik mindez előnyök a BARDENHEUER-féle kezelést az ízületi és ízülethez közeli törések kezelésére, a melyek eleddig talán a legnehezebb feladatok voltak. Mindezt esetekkel leszek bátor igazolni. De hogy elejét vegyem azon vádnak, hogy az extensiós eljárást talán egyóidalúan és érdemen felül dicsérem, ki kell jelentenem, hogy ez eljárást sem tartom panaceának, a melylyel immár minden csonttörést könnyen meg lehet gyógyítani és hogy ennek révén esetleg a csonttörések súlyos sérülési lényegükből jelentőset veszítettek volna, sőt szívesen elismerem, hogy nem egy esetben, pl. és főleg dislocatio nélküli diaphysis törések esetében, a contentivus kötésekkel ugyanily jó eredményt lehet elérni. Kisebb ízületi repedéseknél a tört darab dislocatioja nélkül, ha a vérömleny nem nagy, a mobilisáló LUCAS-CHAMPONIERE-féle massage-kezelés ugyanoly eredményeket adhat, bár nagyon ajánlható, hogy ez utóbbi esetekben, ha nem is sok, de néhány napi extensiós kezelést alkalmazzunk circularis nyomással, mert ennek a mult alkalommal részletezett okokból az ízületi vérömleny és exsudatum felszívódására kitünő hatása van, a fájdalomasság gyorsan szűnik, úgy, hogy a massage és mozgatás

hamarabb és kiadóbban végezhető. Bár tapasztalataim azt mutatják, hogy az extensio korai teljes abbanhagyása a már elért eredményt egyrészt a callus növekedése, másrészt a lágyrészek zsugorodása miatt a massage és mozgatás dacára is csökkentheti. Erre nézve szintén fogok esetet bemutatni, sőt t. Szakosztály, akár egynémely hátrányaira is rámutatok ezen kezelési módnak. Aligha van még eljárás, a mely az orvos részéről annyi türelmet, oly sok időt, vesződséget és fáradozást kívánna meg, mint ez. Az elhanyagolás nagyon megboszulja magát, főleg, ha ez a kezelés első időszakára esik. Tagadhatatlanul hátránya az is a methodusnak, hogy az alsó végtag töréseinél minden esetben hosszas ágyban fekvést kíván meg. Arra hajlamos egyéneknél decubitusok, hypostasisos bronchitisek és pneumoniák ugyancsak fenyegetnek, nem szólván arról, hogy a sérültet esetleg elvonván foglalkozásától, anyagilag érzékenyen károsodhatik. Mindezekhez hozzájárul az, hogy a beteg részéről igen sok jóakaratot, intelligentiát és nagy adag türelmet kíván meg azért, mert az utókezelésnek legfőbb momentuma az aktív mozgás és gyakorlatozás, a melyet sem a passiv gyakorlatozás, sem a massage, sem a fürdőzés teljesen nem pótol. Ezen hátrányok persze részben egyéniek, részben pedig bizonyos kautélákkal kikerülhetők. Az eredményeket, a melyeket elérni nekem alkalmam volt, részben a következő esetek kapcsán vagyok bátor, az esetek rövid ismertetésének keretén belül bemutatni.

I. Az első beteg, a kit bemutatni bátorkodom, egy már régen kezelt beteg. S. M. 44 éves nő, 6 hó előtt elcsúszott az aszfalton s mint Roentgen-képe mutatja, a jobb tibia alsó harmadában egy spirális törést szenvedett, a tört felületek igen erős eltolódásával. A hosszanti rövidülés 2 cm. Az ok, mely miatt főleg a beteget bemutatatom, az a baleset, mely kezelés közben ért, hogy t. i. a negyedik héten, midőn mindössze is csak 10 kg. súly húzta a lábát, egy éjjelen heves fájdalmat érzett; másnap a lábfejen, a hol a hosszanti húzás polyája nyomta, koronás nagyságú bőr decubitust kapott. Hat hét után teljes gyógyultan hagyta el a klinikát, bot nélkül járt, a decubitus helyének teljes behámosodása azonban még sokáig tartott.

II. U. A. 65 éves mérnök, kinek bal bokáján koci ment keresztül, a R. képen látni méltóztatik a fibulának a boka felett elfutó szilánkos törését. Viszont látni méltóztatik egy kisebb harántrepedést a tibián is. A beteget mindössze 17 napig kezeltem súlynyújtással, 21.-ik napon pedig felkelt. A massage mozgatás és gymnastikára kitanítva távozott; 28 nappal a törés után ismét jelentkezett utóvizsgálat czéljából s ekkor előadta, hogy aznap 3—4 km. gyalogolt, teendőinek végzése közben botját alig használva.

III. Patella törés. X sűgaras képét mutatom be. K. V. 67 éves napszámost, junius havában kezeltem. Patella harántul van törve, a tört végek távolsága 4—5 cm. Hat heti kezelés után kelt fel

az ágyból, távozásakor 8 héttel a törés után a hajlítás active 125°, a nyújtás pedig teljes. A patella összeforradása csontosan történt, miként ezt a távozásakor készült R. kép bizonyítja. Az elülső vége a tört széleknek nem ér teljesen össze, mivel az alsó tört darabnak a frontalis tengely körül való elfordulását kiegyenlítenem nem sikerült és az belső élével támaszkodott neki a felső tört végnek. A csontos egyesülés azonban kevés callussal így is létrejött.

IV. S. J. 64 éves beteg mutatom be továbbá, a kinél 10 nap óta classicus radius törést kezelek BARDENHEUER szerint. A sánt bator vagyok most itt levétni és bemutatni, hogy a betegnél a supinatio és pronatio majdnem teljesen szabad, a csuklóizület hajlítása és feszítése passive teljesen, active valamivel kevésbé már most is sikerül. Ezzel kapcsolatban

V. Sz. F. 14 éves kőmives-inas Roentgen-képét mutatom be, a melyen látni méltóztatik a rendkívül súlyos eltolódását a tört végeknek. Ez eset is classicus radius törés, azonban a nagy eltolódáson kívül az ulna erős infractiójával van complicálva. 17 napig tartott nála a kezelés, két hétig utána massage; teljes gyógyulás, úgy functionális tekintetben, mint anatomicé, a mint a gyógyulás után készített ezen R. képen látni lehet.

VI. H. J. 26 éves gyári munkás, bal karja a transmissió szi alá került. Mint a R. felvétel mutatja, a bal felkar közepe alatt comminutiv fracturát szenvedett, 2 nagyobb és néhány kisebb szilánkra van törve a diaphysis. E sérülést a beteg szept. 10.-én, egy hónappal ezelőtt szenvedte, jelenleg a mint látni méltóztatnak, a beteg teljesen kötés nélkül jár, felkarját ép úgy használja, mint a másikat, a különbség egyelőre a motoricus erő csökkenése. Bár tehát itt a functionális gyógyulás tökéletesnek mondható, a tört végek anatomiai repositioja, a mint az a mellékelt képen látható, kívánni valót hagy hátra. A tört darabok tengely állása kifogástalan, azonban a kitört darabok épúgy dislocálva vannak, mint kezelés előtt.

VII. K. L. 22 éves napszámos. Egy barátja IX/26.-án, ma két hete, egy levelet akart kezéből kicsavarni és a mint karját hirtelen megcsavarta, szenvedte el a sérülést. A bal felkar közepe alatt spirális törést mutat, a diaphysis erős dislocatiójával és egy kb. 4 cm. hosszú szilánk kitörésével. A beteget az alkalmazott BARDENHEUER-sínnel együtt mutatom be, és a beteg egyszersmind bemutatja T. Sz. a gymnastikát is, a melyet felkar törötteknél a kezelés alatt végeztek.

VIII. Cs. J. 33 éves szolgát mutatom még be, ki 10 nap előtt egy kb. 5 m. magas fáról esett le és szenvedett egy súlyos beékelt törést a jobb felkar sebészi nyakánál. Ezt a beteget a mai napig ágyban fekvé kezeltem és csak ma alkalmaztam nála B.-sínt; látni

méltóztatik, már ő is képes a sínnel együtt vállizületéből mozgásokat végezni, mindenesetre sokkal kisebb fokban, mint az előbbi beteg.

IX. és X. H. T. és P. V. 7 éves fiúk. Öt hét előtt kerültek kezelésem alá, mint a R. képen látni lehet igen súlyos supracondylicus humerus fracturával. A dislocatio mindkét esetben typusos volt, t. i. a distalis tört vég hátra és felfelé csúszott el, azonkívül még a másiknál oldal felé történt nagyobb fokú eltolódás. Ma, 5 heti kezelés után, látni méltóztatik, mindkettőnél az activus hajlítás 90 fokon túl lehetséges, a nyújtás az egyiknél teljes, a másiknál 170—175 fok körül van. És a míg az előbbinél az erő kifejtés alig kisebb az ép karhoz viszonyítva, addig ezen másik gyereknél, a ki sokkal fejletlenebb és rosszúl tápláltabb is, és kit a gymnasticára és activ mozgásra semmikép sem tudok rávenni, ezen mozgatás egyelőre még lényegesen kisebb erővel történik.

XI. Végül legyen szabad még eme négy éves fiúcskát, S. A.-t bemutatni, kinek sérülése hasonló, a mennyiben izületi törés, de sokkal kisebb fokú Nyolcz nap előtt bal könyökére esett, a könyök erősen megduzzadt, nagy haematoma volt a külső oldalon, hajlítás és feszítés lassan vigyázva kivihető volt ugyan, ezen közben tapintásnál recsegés volt érezhető. Mint a R. képen látni lehet, a capit. hum. felett van egy kis szilánk letörve; öt napig súlynyújtással kezeltem, három nap óta LUCAS CHAMPONIERE-féle kezelésben részesül. A mint látni méltóztat, kitünő functionális eredménnyel, bár a recsegés kis mértékben most is érezhető.

Ezekben voltam bátor Tisztelt Szakosztály a BARDENHEUER-féle kezelés eredményeit vázlatosan bemutatni. Igyekeztem pedig ezt tenni a lehető legtárgyilagosabb módon, kiemeltem a hátrányokat, előnyeiket példákkal és x-sugaras képekkel demonstráltam. Úgy hiszem nyugodt lélekkel állíthatjuk, hogy BARDENHEUER-nek elévülhetetlen érdeme, hogy az extenziós eljárást felkarolta, tökéletesítette és ezzel egy oly eljárást adott kezünkbe, mely sok tekintetben haladást jelent az eddigi kezelésekkal szemben.

3. SZABÓ JÓZSEF előadása: „*Familiaris gerinczvelő megbetegedés esete*“. (L. Értesítő 113—119 l.)

XVII. szakülés 1908 október 17.-én.

Elnök: PURJESZ ZSIGMOND.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

BLUMENFELD SÁNDOR előadása: *Tuberculinnal való gyógykezelésre vonatkozó tapasztalatok.*

Az előadás bevezető részében (egész terjedelemben megjelent Gyógyászat 45., 46., 47. számaiban) röviden foglalkozik a tuber-

culin diagnostikai adagolása módjával és a reactio használhatóságával. Felemlíti KOCH, ERLICH, WASSERMANN stb. véleményeit, illetve theoriáit a reactio lényegéről, majd ezek után reátér előadásának tulajdonképpeni tárgyára, a tuberculin gyógyértékére. Koch-féle Alt-tuberculinnal két év alatt több mint 90 beteget kezeltek a tüdőbetegosztályon, kik közül hosszabban 33 volt észlelés alatt és pedig 18 I. stadiumban, 9 II. stadiumban, 1 III. stadiumban és egy I—II., kettő pedig II—III. stadiumbeli.

Az injectio kezdeti adaga legtöbbször $\frac{1}{100}$ mgr. volt, ritkábban ennél nagyobb vagy kisebb. Az adag fokozását előadó mindig attól tette függővé, hogy volt-e reactio az azelőtti adagra, vagy nem, ha nem, akkor fokozta, ellenkező esetben pedig ugyanazt az adagot feeskendezte be.

Csak olyan betegeket vett kezelésbe, kiknél vagy Koch-bacillus volt kimutatható a köpetben, vagy pedig többé-kevésbé kifejezett eltérések mellett positiv tuberculin reactiót mutattak.

Az eredményeket illetőleg egy-két esetben látott határozott javulást a physicalis tünetekben. A többi tüneteket illetőleg pedig alig volt egy néhány beteg is, kinél javulás nem mutatkozott volna. Így a köhögés, oldalmilyilások, éjjeli izzadások megszűntek vagy csökkentek. Testsúlyuk, kettőt kivéve, gyarapodott és pedig elég sokat, így pl. három betegnél 10—12 kiló súlygyarapodást látott.

Hogy e tünetek javulása mennyiben tulajdonítható a tuberculin hatásának, nehéz megtudni, hiszen a legtöbb betegünk a munkásosztályhoz tartozik, kik rossz viszonyok közt éltek odakünn, ha most hónapokon keresztül pihen, jó táplálkozási és hygienicus viszonyok közé kerül, már ez maga is nagyban hozzájárul a tünetek javulásához.

Nemcsak KOCH-féle tuberculinnal, hanem SPENGLER 1904-ben ajánlott gyöngy-tuberculinnal is végzett ojtásokat gyógyítási czéloból. SPENGLER-nek ide vonatkozó tapasztalatait említi meg, majd pedig azt a kérdést fejtegeti, hogy mennyiben sikerül gyakorlatilag kimutatni, hogy adott esetben typus humanus vagy typus bovinussal van dolgunk. T. i. SPENGLER a szerint, a mint egyik vagy másik fajtájú fertőzés van jelen, végzi ojtásait gyöngykórtuberculinnal (emberi típusú bacillus fertőzésnél) vagy tuberculinnal (typus bovinus fertőzésnél). A SPENGLER által ajánlott elkülönítő festési eljárást előadó nem tartja megbízhatónak, ennek segítségével a fertőzési typust sohasem tudta megállapítani. Különben ezzel a tuberculinnal is ugyanolyan megbírálás alá tartozó eredményeket értek el, mint a KOCH-félével. Mindkettőről azt mondja: hogy ma még egyik sem szerepelhet mint fajlagos szer a gümőkórosok gyógykezelésében. Minthogy ártalmakat sohasem észlelt, ajánlja a további alkalmazást, mert csak több évi tapasztalat után mondhatni egyik vagy másik irányban határozottabb véleményt.

Hozzászólás: VERESS FERENCZ azt kérdi előadótól, hogy nem volna-e tanácsosabb a tuberculin továbbadagolásánál az opsonin-index meghatározása.

Előadó megjegyzi, hogy opsonin-index meghatározásokkal régebb idő óta foglalkozván, arra a tapasztalatra jött, hogy ennek meghatározásánál még kevésbé biztosan tudjuk a tuberculint fokozni, mert könnyen eshet a meghatározásnál hiba.

PURJESZ tanár hasonló értelemben szólal fel.

XVIII. szakülés 1908 október hó 24.-én.

Elnök: PURJESZ ZSIGMOND.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

1. STEINER PÁL dr.: *A hímvessző és a herezacskó bőrének traumás eredésű teljes lehántásának phalloplastikával gyógyult esete.*

A 40 éves beteg két és fél hó előtt szenvedte el fenti sérülést, mely úgy jött létre, hogy a cséplőgép forgó rúdja inge alsó részét elkapta, az úgy képződött fodor herezacskójának, mint penisének bőrét egy darabban leszakította. A beteg a sérülés után 5 órával jött a klinikára, a lehántott bőrt papirosban magával hozta. Felvételnél a penis egész terjedelmében bőrtől fosztott, csak a fityma maradt meg épségben, a scrotum bőre teljesen hiányzik, a herék burkukban lemeztelenítve szabadon lógnak. A seb szennyes, úgy szintén a bemutatott lehántott bőr is, miért is a bőr visszahelyezését meg se kíséreltük, hanem csak a seb antisepsises ellátására szorítkoztunk. Rendszeres kezelésre élénk sarjadzás indult meg, mindkét here a lágyékesatorna külső nyílásához visszahúzódott, a herezacskó bőre a környékről regenerálódott. A penis bőrét 1 hó előtt a megmaradt fityma lemezeiből plastikával rekonstruáltuk és jelenleg teljesen hámos állapotban mutatja be előadó a beteget. Vízelési nehézségek nem állnak fenn, erectió akadály nélkül megy végbe.

Hasonló esetet észlelt előadó ugyancsak 2 hó előtt 12 éves betegnél, kinél a penis bőrének teljes lehántása úgy jött létre, hogy a cséplőgép kereke gatyáját elkapta és a felcsavart fodor szakította le a penisének bőrét.

A hímvessző és a scrotum bőrének teljes lehántása a ritkább sérülési alakok közé tartoznak, kóroktanukban közös vonás, hogy a forgó tengely a beteg ruháját csavarja fel és ez szakítja le a külső nemzórészek bőrét, ritkán kerülnek a nemzőszervek maguk felcsavarásra. Úgy ezen 2 esetben, valamint KAPPELER összegyűjtött 9 esetében így jött létre a sérülés. A herék úgy a bemutatott esetben, mint az irodalomban ismertettekben a lágyékesatorna külső nyílásához, sőt elvéve a belső nyíláshoz is visszahúzódnak és ha csak

kevés scrotalis bőr épségben megmarad, spontan gyógyulás szokott létrejönni. Ezen bemutatott esetben is a herezacskó bőre spontán regenerálódott. Nem ily egyszerűek a viszonyok a penis bőrének pótlásánál. THIERSCHE- vagy KRAUSE-féle lebenyek a műtét által kifejtett ingerek következtében beálló erectiók miatt ritkán tapadnak meg, a plastikai műtétek sikerét is gyakran épp az erectiók tohetik illusoriussá. A plastikát illetőleg szóba jön a megmaradt fityma felhasználása. Ha a scrotum bőre megmarad, ez értékesíthető DIERFENBACH ajánlatára akár mint nyeles, akár mint hídalakú lebeny. Kevésbé alkalmas a KÖNIG-, BESSEL- HAGEN-féle módszer, mely a hiányzó bőrt a hasfalról pótolja és legkevésbé alkalmasak a czomb-ról vett bőrlebenyek. Jelen esetben a fityma lemezeinek plastikus lebenyes felhasználásával sikerült a teljesen lemeztelenített penis bőrét úgy pótolni, hogy az erectió nem fájdalmas, a penis ilyenkor a kellő helyzetet nyeri el úgy, hogy a beteg jelenlegi állapotával meg van elégedve.

2. GÓTH LAJOS dr. előadása: A többes terhességek jelenségéről, hármas terhességek eseteinek bemutatásával. (L. Értesítő 120—128 l.)

3. VESZPRÉMI DEZSŐ dr.: NEGRI-féle testeket mutat be emberi veszőtség esetéből.

XIX. szakülés 1908 október 31.-én.

Elnök: UDRÁNSZKY LÁSZLÓ.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

1. GÓTH LAJOS dr. hasúri daganatok bemutatása címűn a következő esetekről számol be.

I. Az egész hasat kitöltő multilocularis kystoma esete, a mely klinice egy rosszindulatú hasúri daganat tüneteit mutatta és a melyet vidéki kórházakban 6 ízben — mint inoperabilis esetet csapolással kezeltek. A proba laparatomia alkalmával SZABÓ tanár radicális műtétet tudott végezni. Az eset ismét igazolja SZABÓ tanár ama mindig hangoztatott elvét, hogy hasúri daganatok kétes eseteiben soha sem szabad csapolni, hanem mindig proba laparotomiát kell végezni. A gyógyulás zavartalan volt.

II. 6500 grn.-os, a bal ligamentum latum lemezei közé nőtt és a méh bal szélével már csak vékony részlettel összefüggő fibromyoma, melyet bemutató laparotomiával távolított el. A műtétnél a hasüreg megnyitása után a ligamentum latum mellső lemezét is végig kellett hasítani, a daganatot ágyából kihámozni és több vérező eret elkötni. Toilette a lig. latum felesleges részének reszecálásával, a csont összehúzásával és a lig. latum lemezeinek egyesítésével. Hasvarrat. Gyógyulás — kisértékű szúrtesatorna genyedéstől eltekintve, zavartalan.

III. A III.-ik eset a szövődmények egész sorozatát mutatja, a melyek műtét előtt részleteikben diagnosztisálva voltak. Még pedig egy ökölnyi fibromyomás uterus, kétoldali salpingitis és baloldali ökölnyi ovarialis cysta (utóbbi a műtétnél embryomának bizonyúlt). A műtét amputatio supravaginalis uteri- és adnexotomia bilateralisből állott, a peritoneum 2 lemezének egyesítésével. Hasvarrat.

A műtét óta csak három nap telt még el, de a beteg teljesen jól van.

Hozzászól: SZABÓ DÉNES tanár, a II.-ik eset erős bizonyítéka az asepsisbe vetett bizalomnak, az ilyen nagy daganat kihámozása után megmaradt üreget régebben drain nélkül elvarrni nem mertük. A betegnél mutatkozó kemény tömeg nem is igazi izzadmány, hanem esetleges vérzéssel kitöltött tömeges daganatfal, a mely lassanként vissza fog fejlődni, a hőemelkedések innét is, de a szomszédságban lefolyó lobtól is eredhetnek.

A kórismezés határait az adott körülmények, a vizsgálatnál talált nehézségek stb. erősen befolyásolhatják, míg pl. a 3.-ik esetnél a vékony hasfalak a tapintást annyira könnyítették, hogy a méh két göbjét és a megnagyobbodott petefészkeket, melyeket a lobos petevezetők fogtak körül, egészen jól lehetett elkülöníteni. A gyermekfejnyi petefészektől ugyan embryomának bizonyúlt, de éppen itt van a határa a daganat minősége kórisméjének. Ha a vizsgálatnál teljesen a száraz vizsgálati lelet alapjára állunk, a műtétnél csalódás nem ér, itt is, valamint a 2.-ik esetnél, a daganat van leírva a nélkül, hogy természetére következtetést, vagyis ítéletet mondanánk, mert itt már egyéni hang vegyül bele a vizsgálat tárgyilagossá eredményébe. Hogy az a vékonyfalú folyadékot tartalmazó daganat cysta, haematoma, dermoid, sacto-salpinx, az már csakugyan ritkán lesz eldönthető előbb, mint a műtétnél, éppen úgy kemény, feszes daganat folyadékot is tartalmazhat, de fibromyoma, sarcoma, carcinoma is lehet, a mit legtöbbször csak a műtét után a gócsövü vizsgálat fog eldönteni. Nem ritkán olvasni ily anticipált kórisméket, a hol a vizsgálat tapintással megállapítja, hogy sarcoma cylindrocellulare van jelen. A legnehezebb a vizsgálat folyamán megállani a teljesen tárgyilagossá lelet felvételénél, hozzászóló a befolyásolás ellenében úgy védekezik, hogy a bemondott, jelzett diagnózisnál azt iparkodik kimutatni, hogy a vizsgált esetben nem az van jelen. Igaz, hogy minden vizsgálatba bizonyos része az Énnek belejátszik, abból teljesen kivonni magunkat nem igen fog sikerülni, de arra kell törekednünk, ha tévedéstől szabadúlni akarunk. Az előre megállapított diagnózis esetében, még a legellentétebb tárgyilagossá tény is okoskodással megmagyarázunk, mint ezt pl. a rózsahegyü medvebonczolásnál látjuk.

Hozzászól még MAKARA LAJOS tanár.

2. CSIKY MIHÁLY és JANCsó MIKLÓS: „A Wassermann-féle *syphilis serodiagnosisról*“ tartanak előadást.

Ismertetik a reactio lényegét, annak kivitelét és bemutatják több esetből azok eredményét. Előadásukban hangsúlyozzák, hogy még nagyszámú vizsgálatot kell hogy végezzenek, a míg a reactio értékéről nyilatkozhatnának; eddigi tapasztalataik azonban igen kielégítőek, mert biztosan nem syphilitikus egyéneknél egy esetben sem találtak positiv reactiót, ellenben syphilitikusoknál igen nagy szá-
zalékban.

XX. szakülés 1908 november hó 7.-én.

Elnök: TURCSA JÁNOS.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. GYERGYAI ÁRPÁD dr. „*Bronchosopia és oesophagosopia directa, különös tekintettel a bázisra és légutakba jutott idegen testekre*“ czímen értekezik, a kérdés jelen állását fejt ki. Majd általa észlelt esetekről számol be.

1. K. D. 7 éves leánygyermek 2 nap előtt 4 krajczáros nagyságú régi pénzt lenyelt, mely torkán akadt, azóta nyelni nem tudott. Légzés különösen fokozott, mozgásnál stenoticus, hangja tiszta. RÖNTEGEN-képen I. borda magasságában látszott a pénz, melyet chloroform narcosisban oesophagosopia segítségével Gy. eltávolított.

2. S. M. 41 éves, magastermetű asszony, ebédkor evésközben eselédjére rákiáltott s a különben is könnyen kijáró egy foggal ellátott felső műszájpadot lenyelte, mely a nyelőcsőben megakadt. Cocain adrenalin anaesthesia mellett végzett oesophagoscopiánál 19 cm.-nyire a szájnilyástól lehetett látni a foglemez felső szélét. A szem ellenőrzése mellett eltávolított lemez domborulatával hátrafelé volt fordulva, a középben levő fog balra nézett.

3. Cs. J. 62 éves cigánynak 28 órával előbb nagy darab hússal összefüggő juh oldalborda akadt a torkán, 22 cm.-nyire a fogszéltől az oesophagusban annyira be volt ékelődve, hogy mögéje vezetett horoggal történt kimozdítása után sikerült csak kihúzni.

4. Javakorabeli földműves oesophagus kezdeti részéből távolított el egy nagy fennakadt pulykanyakesigolyát.

Négy esetben lúgmérgezés után képződött nyelőső stricturába megakadt idegen testet távolított el oesophagoscopiával:

5. D. Gy. 10 éves tanulónál 20 cm.-nyire a fogszéltől.

6. S. I. 17 éves szerelőnél 30 cm.-nyire fennakadt nagyobb húsdarabot.

7. V. F. 15 éves kereskedősegédnél 27 cm. mélyen fennakadt szilvamagot távolított el.

8. V. M.-nél 3 izben 40 cm. mélyen, közvetlen a cardia felett megakadt ételdarabokat szedett ki.

Gy.-nak egy esetben volt alkalma tracheából idegen testet eltávolítani. M. V. 6 éves, napszámos leányának bejövetele előtt 7 nappal egy tökmag csuszott le a légesövébe. Rögtön erős köhögési és fulladási roham lépett fel, mely rövid időn belül elmúlt s a gyermek teljesen jól érezte magát, az anyja nem tartotta szükségesnek orvosnak megmutatni. Ötöd napon a gyermek kezdett köhögni, hetedik nap reggel hirtelen fulladási roham lépett fel, a mentők az erősen cyanoticus gyermeket beszállították a sebészeti klinikára. A chloroformált beteg száján keresztül a tracheába elég mélyen bevezetett 5 mm. átmérőjű csövön át hirtelen köhögés kíséretében nagymennyiségű fehéres habos váladék ürült. A tubus kitarítása és újból bevezetésekor a trachea alsó részén a lélegzésnél mozgó tökmagot megtalálta, csipeszszel megfogta s mivel a tubuson keresztül nem fért, ezzel együtt húzta ki a légesövből. Az előbb igen cyanoticus beteg ajka hirtelen visszakarta piros színét, a gyermek másnap már teljesen láztalan volt, bronchitise megszűnt.

Hogy milyen súlyos következményekkel jár a tüdőbe került idegen test, BUDAY tanár és KENYERES tanár gyűjteményéből 4 készítményt mutat be. Elsőnél 6 éves gyermek zápfogat aspirált, 3 hónapig utána jól volt, iskolába járt, játszás közben hirtelen összeesett és meghalt. Jobb alsó és középső lebeny teljesen légtelen pneumoniás volt, a halált a fog hirtelen kimozdulása és a mögötte megyült nagymennyiségű nyák beömlése a többi hörgőbe okozta. 2-ik készítmény 19 éves kereskedősegédtől származik, ki 15 év előtt 3 cm. hosszú szeget aspirált a jobb alsó hörgőbe, közvetlen halálok bronchorrhagia. Jobb tüdő erősen heges, légtelen volt, hörgők kitágultak. 3-ik készítmény 3 $\frac{1}{2}$ éves gyermektől származik, kit mint crupost kezeltek, betegségének 17-ik napján exitált. Jobb hörgő első elágasodásánál 1 cm. hosszú mogyoróhéjat találtak, jobb felső lebeny légtelen, pneumoniás volt, diffus bronchitis. Gégében a héj sértése következtében kiterjedt perichondritis volt. 4. 46 éves aszszonynál egy elmeszesedett peribronchialis mirigy áttört a bronchusba, a jobb alsó lebeny hörgőben mint idegen test feküdt, a tüdőlebeny gangraenáját okozta.

Ezután Gy. rámutat az oesophagoscopia, illetőleg tracheobronchosocopia jelentőségére nyelőcső megbetegedéseknél, lueses trachea és bronchus-szűkületek kezelésénél, a lumen felé növvő, jóindulatuk daczára életet veszélyeztető daganatok eltávolításánál (chondroma v. EICKEN), továbbá descendáló crupnál.

II. KANITZ HENRIK dr.: *A leukoderma syphiliticumról* értekezik klinikai megfigyelések alapján. 566 leukoderma eset pontos feldolgozásának főbb eredményeit a következő pontokban foglalja

össze: 1. A leukoderma syphiliticum sokkal gyakoribb nőknél, mint férfiaknál. A nők számbeli túlsúlya nem vezethető vissza az erősebb insolatióra, melynek ruházkodásuknál fogva ki vannak téve. Valószínű, hogy a napfény egyáltalában nem játszik döntő szerepet a leukoderma létrehozásában. 2. A leukoderma fellépési ideje az esetek túlnyomó többségében a syphilis első évének első felére esik, azonban némelykor későbbben keletkezik a leukoderma. Fennállásának tartama átlag 6—8 hónap, kivételesen hosszabb idő, esetleg néhány év. 3. A leukoderma leggyakoribb székhelye a nyak és tarkó bőre, ezután következik gyakoriság szerint a hónaljredő, vállak, hát, mell bőre. 4. A leukoderma vagy előre ment exanthema nyomán fejlődik (leukoderma postexanthematicum), vagy önállóan lép fel. Úgy látszik, hogy a keletkezés utóbbi módja a gyakoribb. 5. A leukoderma typosos formájában kizárólagosan bujakóros egyéneknél fordul elő és így a syphilis biztos jele gyanánt tekinthető. 6. Leukoderma alapján a syphilis korát nem lehet teljes pontossággal megállapítani, de fennálló leukoderma mindenesetre korai syphilis mellett szól.

Egész terjedelemben megjelent a Gyógyászat 48—51. számaiban.

XXI. szakülés 1908 november 14.-én.

Elnök: SZABÓ DÉNES, utóbb PURJESZ ZSIGMOND.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

1. PURJESZ ZSIGMOND bemutat három beteget:

a) Az 51 éves férfi gyakori véres székletétről panaszkodik. Vizsgálatánál nagy kiterjedésű nyálkahártya leválást találtak a sebészeti klinikán, a hová a beteget esetleges műtét végett szállították volt át. Vázolja az ilyen nagy kiterjedésű nyálkahártyaleválás következményeit és utal a sebészi beavatkozásra.

b) A 21 éves fiatal ember több hónapja beteg, végtagjait, különösen a térd- és csipőizületben, nem tudja használni, a gerincoszlop alsó része kissé merev, patellaris reflex fokozódott, az adductorokban alig érezhető merevség. Az esetet a *Marie-féle spondilose rhizomelique* egy typosának tartja. Fibrolysin befecskendezéseket kap a beteg, melyre némileg javulni látszik az állapot.

c) *Arthropathia tabica*-ban szenvedő nő, kit a bántalom kifejezett volta miatt mutat be.

Hozzászólás: STEINER PÁL dr. az első esethez szól hozzá. Ily nagy kiterjedésű végbélfekélyesedés esetén javaltnak tartja a colostomiát, mely lehetővé teszi, hogy az így kirekesztett végbél nyugalomba jusson, alaposan átöblíthető legyen és a gyógyulás feltételei biztosíthatnak. Ha a nyálkahártya regenerációja bekövetkezett és az

konsekutív szűküléssel jár, úgy a szűkült bélrész nagyságához mérten a végbél amputatiója jöhet szóba sacralis, vagy ha kell, abdomino-sacralis úton. Egy harmadik műtéttel a praeliminaris, gyógyító szempontból megalkotott anus praeternaturalis elzárható és így teljes gyógyulást érhetünk el.

Hozzászól még SZABÓ tanár és megjegyzi, hogy a bél nyálkahártya leválása igen könnyen létrejöhet s könnyen le is húzható, de az ilyen lehúzott nyálkahártyával befedni a hiányt, nem tartja czél-szerűnek.

2. SÁNDOR ISTVÁN dr.: *Mindkét bal tüdőlebeny lövési sérülése. Tüdőcarrat, gyógyulás* ezimen tart előadást. (L. Értesítő 129—137 l.)

XXII. szakülés 1908 november 21.-én.

Elnök: PURJESZ ZSIGMOND.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

KENYERES BALÁZS előadása: „*A szakértői működés körül előforduló hibákról*“ ezímen.

XXIII. szakülés 1908 november 28.-án.

Elnök: PURJESZ ZSIGMOND.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

1. POTOCZKY DEZSŐ két appendicitis esetből származó kórbonecz-tani készítményt mutat be.

2. GYERGYAI ÁRPÁD dr. két beteget mutat be.

a) Orbitalis szövődmenynyel járó iköböl-genyedés műtéttel gyógyult esete.

S. Gy. 40 éves téglavető asszony f. év április közepén erős főfájás kíséretében beteg lett, 8 nap múlva bal szemhéja megdagadt, szeme fájt, látása kissé homályosabbá vált és a fény igen sértette. Május 7.-én vidékről bejött; a kolozsvári szemészeti klinikán bal szemhéjakat oedemásan duzzadtaknak találták, kis exophthalmus volt jelen, szemfenék azonban eltérést nem mutatott. Pár hétig a szemészeti és belgyógyászati klinikán gyógykezelés alatt állott, nem javult; nyarat családi viszonyai miatt vidéken töltötte. Egész nyáron borzasztó főfájása volt, úgy, hogy néha egészen őrgöngött az iszonyú fájdalomtól. Dolgozni képtelen volt, sötét szobában tartózkodott, mert a fényt nem tűrte, a lámpavilágot bal szemével pirosnak látta. F. év szept. 9.-én újból felkereste a szemészeti klinikát, 11.-én átküldték Gy.-hoz orrvizsgálatra azzal, hogy papillitis intumescens,

exophthalmus és oedema palpebrarum l. s. van jelen, melynek oka ismeretlen. Orrvizsgálat az orrkagylók túltengését mutatta, mellülről geny nem volt látható, rhinoscopia post.-ral a bal rec. sphenoidalisan igen kis genyeseppeske mutatkozott, mely más napokon végzett vizsgálatnál is többnyire ugyanott fel volt található. Átvilágítás, RÖNTGEN különösebb felvilágosítást nem adott. Szept. 18.-án szemvizsgálat (dr. BORBÉLY): Visus j. o. $\frac{6}{10}$, b. szemén $\frac{6}{20}$. Bal szemhéjak kissé duzzadtak, orbitalis ránczok elmosódottak, a bőr élénkpiros színű, felső szemhéj kissé lelóg, felfelé nézéskor nem egészen emelhető (kis fokú ptosis). Bulbus szemüregből kissé előre van tolva. Bal pupilla rendesenél tágabb, 5 mm. átmérőjű, fényre, alkalmazkodásra és consensualiter is alig reagál. Tükörvizsgálatnál háttér kissé fátyolozott, papilla n. opt. 3 D.-nyira elődomborodik, vörösszürke színű, határai elmosódottak, arteriák a rendesenél szűkebbek, míg a vénák teltebbek és kanyargósak. Edények néhol a duzzadt papilla által fedetnek, papillát környező retinalis részlet beszűrődött.

Október 1.-én Gy. cocain adrenalin érzéstelenítés mellett a középső orrkagyló hátsó felét eltávolította, a sin. sphen. bedugult nyílásán át sondát vezetett, midőn mellette sok geny ürült. Nyílás tágitása HAJEK-féle horoggal és csípővel. Genyből streptococcus culturák eredtek meg.

Az operatio után 3-ad napra a beteg már valamivel könnyebben érzi magát, 5-öd napra a szemhéjak oedemája, az exophthalmus teljesen megszűnt. 3 hét múlva (okt. 21.) végzett szemvizsgálatnál kitűnt, hogy balszemen a visus $\frac{6}{15}$, pupilla középtág, jól reagál, háttér kissé még fátyolozott, papilla n. opt. határai jól kivehetők, edények rendesek. November 23.-án baloldalt $\frac{6}{12}$ -re javult a visus, jobboldalt $\frac{6}{10}$ -ről $\frac{6}{6}$ -ra, szemfenék nagyjában gyógyultnak tekinthető.

Röviden összefoglalva, ez esetben az orr részéről szinte tünetek nélkül fennálló ikéből genyedéshez neuritis retrobulbaris, papillitis, szemhéjak oedemája és ptosis társult, melyek közel $\frac{1}{2}$ évi fennállás után az ikéből megnyitására megszűntek. A bal ikéből volt beteg, de a bal erősebben megtámadott szemén kívül a jobb látása is kissé szenvedett.

b) Középfülgenyedéshez társult sinus thrombosis esete. Vena jugularis lekötése és sinus transversus feltárása a torcularig. Gyógyulás.

B. M. 17 éves munkásleány füle 1908 májusban fájni és folyni kezdett s a következő 2 hónapban genyedezett, általában gyengélkedőnek érezte magát, többször fájt a feje. Julius 26.-án táncz után hirtelen erős főfájás, hányás kíséretében rosszul lett, 28.-án a belgyógyászati klinikára vették fel. — A belgyógyászok a naponta fellépő hidegrázásnak, 40° C-on felül terjedő, majd

megint a normalisra leszálló hőmérséknek semmi magyarázatát sem találták. Gy.-t felülvizsgálatra aug. 7.-én áthívták: bal külső hallójáratban geny, hátul, alúl a dobhártyán perforatio, hallás kitakarítás után susogó beszédre 20 cm., Weber balra, Schwabach hosszabb, Rinne negativ baloldalt, Proc. mast. kissé érzékeny. Gy. operatiót ajánl.

Belgyógyászaton a következő napokban chinint adagoltak, javulás nincs, sőt a proc. mast. alatt a nyak megdagadt, nyomásra igen fájdalmassá vált. Aug. 13.-án sebészetre áttették a beteget. Szemvizsgálatnál a retina venáit mindkét oldalt kissé teltebbeknek találták (MARKBREITER I.). *Operatio.* Aether chloroform narcosisban a középfül, scala media és post. szabaddá tétetett, középfülben sarjak, scala posticában subduralisan geny, sin. transversus nem lüktet, próba punctiónál semmi sem ürül. Vena jugularis szabaddá tétele; kiürítve és centralis irányban leszorítva nem telik meg; vena jugul. centralisan lekötése, periferia felé felmetszése, lennebb fali, fennebb obturáló thrombus; bulbus szabaddá tétele, sin. transversus megnyitása, széteső thrombus eltávolítása.

Pár napig az operatio után hőmérsék valamivel lennebb szállott, később azonban újból az előbbi fokra emelkedett, a sin. transversus még fel nem tárt torcular felé eső részéből geny szivárgott.

VIII. 27. A sinus transversus feltárása a torcularig; a sinusban genyesen szétesett thrombus, torcularnál erős vérzés.

Az operatio után a beteg hosszasan lázas volt, a hőmérsék azonban folytonosan esökkenő tendenciát mutatott. Közben argent. colloidalis bedörzsöléseket és beöntéseket kapott. Az operatio után 3 hétre a beteg teljesen láztalanná vált. A seb is lassanként behámosodott és a beteg teljesen meggyógyult.

Hozzászólás. MAKARA L. dr.: A bemutatott otitis lefolyásának előadásában bemutató úr elfeledte fölemlíteni, hogy a pyaemiás jellegű lázak megszüntetése céljából, a mikor azok a második műtét után is fenmaradtak, CREDE-féle argentum-colloidalis kezelés alkalmaztatott részeit percután, részeit a végbélen át. Ezen kezelésnek is úgy látszik része volt a súlyos, szinte reménytelen állapotú beteg megmentésében.

A másik megjegyzésem általában vonatkozik a mai bemutásokra. A ma bemutatott esetek véletlenül valamennyien rejtett genyedések szövödményei. A Poroczky tagtárs úr által bemutatott appendicitis esetek élénken illusztrálják, mily gyakran képezik az appendicitisek a látszólag rejtelmesen fellépő hashártyagyulladások okát.

Az ikéből-genyedéshez társult neuritis retrobulbaris pedig mutatja, mennyire fontos sokszor neuritis opticánál az orr melléküregeinek gondos megvizsgálása s a betegség okának felderítésével

milyen meglepő sikereket érhetünk el e téren, a mint azt ma már számos eset bizonyítja.

Tisztelt uraim! Kell, hogy a modern sebészi gondolkodás a gyakorló orvosok vérévé váljék, kell, hogy belássuk, miszerint csak a különböző klinikusok együttműködése mellett lehet a betegek érdekeit mindenben szolgálni.

Ma még nálunk úgy az appendicitisek, mint az orr melléküregeinek betegségei, de sőt sok más, a sebészi gyógyításnak jól hozzáférhető betegség nem részesül a kellő figyelemben.

Eszembe jut sokszor ama vidéki kartárs, ki egyik vándorgyűlésen valami modern szülészeti műtét felől tartott előadás után Kovács tanár előtt méltatlankodott, hogy nem érti, mire való az a sokféle szülészeti műtét, holott az ő harmincz éves gyakorlata alatt sohasem volt szüksége rá, hogy szülészeti műtétet végezzen. Kovács kérdésére, hogy hát nem is halt meg betege szülés közben, nyugodtan felelte, „dehogyan nem, anyi-mennyi, de műtétet végezni sohasem volt szükséges!”

Hát így vannak még sokszor a gyakorló orvosok az appendicitissel, a sinusitisekkel, az otitisekkel, nem is szólva sok egyéb betegségről; meghal, anyi-mennyi beteg peritonitisben, meningitisben stb., de műtétet idejekorán végezni nem volt szükséges.

Tisztelt uraim! Ma már nemcsak az orvostudomány, de annak egyes ágai is annyira megnövekedtek, hogy azok minden részében egyformán otthonos egy ember nem lehet. Hogy a tudomány haladását betegeink érdekében értékesíthessük, az együtt munkálkodás szükséges. A belgyógyász és sebész egymás ismereteit és tapasztalatait kiegészítve állapíthatják meg a leghelyesebb gyógyító eljárást, a sebésznek sokszor lesz szüksége a diagnosis és a műtét helyes indiciójának felállítására a különböző speciális szakmák művelőire.

Ha pedig ezen speciális szakmák művelői a kellő sebészi gyakorlat után el is hódítanak a sebészet területéből egyes részeket, ezért nincs okunk kicsinyesnek és féltékenyeknek lenni. Hiába mondta gunyosan LORENZ, mikor a közelmúltban Wien egyik megüresedett sebészi osztályának megszerzése körül versengtek a sebészek és az orthopaedek, hogy a szegény öreg sebészeknek maholnap nem lesz miből élni, mert elszedik tőle a koponyát, az orrot, a fület, a száját, a gégét, a húgyivarszerveket, a végtagokat a különböző speciálisták. Én nem féltsem a sebészetet, hiszen mindezen szakmák egészséges művelésének és fejlesztésének alapfeltételét az általános sebészi elveknek és sebészi technikának alapos tudása képezi; ezek birtokában bárki könnyűszerrel sajátíthatja el bármelyik speciális szakmát, míg ezen szakmák művelői sebészi készség nélkül csak kontárok maradnak. Azért kérem tehát, egyesült

erővel és kölcsönös támogatással haladjunk tovább a tudomány és betegeink javára.

Hozzászól még BUDAY KÁLMÁN t.úr. és MARKBRETER IRÉN dr.

XXIV. szakülés 1908 december 12.-én.

Elnök: PURJESZ ZSIGMOND.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

JANCSÓ MIKLÓS és ELFER ALADÁR előadása: „Az emberi gümőkór bacillusainak virulentiájára vonatkozó vizsgálatok“ czímen.