

## Jegyzőkönyvek

az „Erdélyi Múzeum-Egyesület“ orvostudományi szakosztályának szaküléseiről.

I. szakülés 1913. januárius 18-án.

Elnök: DAVIDA LEO.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

HANASIEWICZ OSZKÁR előadása: *Oettingen mastisolos sebkezeléséről*. A kéz és műtéti terület fertőtlenítése régi problema a sebészek előtt. A bőr mélyebb rétegeiben levő mikroorganizmusokat a leggondosabb mosással sem lehet eltávolítani. Nagy haladást jelentett éppen ezért a czérna-, majd a gummikeztyűk alkalmazása. Ezeket később bevonó anyagokkal igyekeztek pótolni (Gaudanin, Dermagummi stb.) Ezek azonban nem vezettek jó eredményre. 1896. OETTINGEN felelevenítette PORT eszméjét: a mastix oldattal igyekeznek mintegy odaragasztani a fertőző mikroorganizmusokat. Hosszas kísérletezés után sikerült neki egy oldatot előállítani, a mely a gyakorlat céljainak a legjobban megfelelt s ezt „Mastisol“ néven hozta forgalomba. Ez jól ragad, a bőrt nem izgatja, gyorsan párolog, nem hagy porzó maradékot. Ára kilogrammonként kórházi csomagolásban 25 korona.

OETTINGEN az orosz-japán háborúban úgy egyszerűsítette a sebkezelést, hogy szárazon megtisztította a sebet, a bőrt körülötte egész a sebszélekig bekente mastissal, majd kis vattagazepárnácskát kent be mastissal s ezt nyomta rá a sebre. Ezen eljárás előnye a másodlagos fertőzés elkerülése, gyors és kíméletes kötöző eljárás, kötszer megtakarítás s a mosás kiküszöbölése.

OETTINGEN felhasználta a mastisolt a kezek csirtalanítására is, bekente vele a kezet s a ragadósság elkerülése végett sterilis vattával dörzsölte le. A lemosás faolajjal vagy bensollal történik.

Az előadó bakteriologiai vizsgálatai s állatkísérletei, melyeket staphylococcus s anthrax tenyészetekkel végzett, a módszert teljesen megbízhatónak bizonyította. Ezek után klinikai kísérletek megejtéséhez fogott. 12 kisebb-nagyobb műtétje közül csak egy nagyobb invarrat gennyedt el 10 nappal később a műtét után,

a hol valószínűleg a sérülés vonta maga után a fertőzést. Asepticus, valamint septicus műtéteknél az eredményt teljesen kielégítőnek találta.

Ezek alapján az előadó értékes dolognak tartja a Mastisol alkalmazását a sebészetben, sőt jobbnak tartja a jód-tinctura beccsetelésénél, a mennyiben a mastisol nem izgatja a bőrt, mint a jód-tinctura, nem okoz későbbi összenövéseket, nem hagy foltot a bőrön, fehéreműn.

(Megjelenik az „Orvosi Hetilap“-ban.)

#### *Hozzászólás:*

MAKARA: A műtéti asepsis fejlettsége daczára, a mint ismeretes, az operációs idő tartama arányában csökken a műtéti sebésés csirátlansága. Ezt különösen német nőgyógyászok ugynevezett hármás törölő próbáikkal (Drei Tupferprobe) mutatták ki, a melyeknél a műtét későbbi szakaszaiban a törölők bakteriumokkal fertőzötteknek bizonyultak. Mivel pedig mai eljárásunkkal a többi hibaforrás szinte bizonyossággal kizárható, a fertőzés csak a levegőből és a beteg bőretől származhatik. A kettő közül az eddigi vizsgálatok alapján a bőrfertőzés a veszélyesebb. — Teljesen méltánylandó tehát minden törekvés, mely ezen a téren javítást ígér. Ilyennek mutatkozik a most újlag ismertetett mastisol-kezelés. A mastisol kezelés értékét külön kell elbírálni hadi sebészeti és műtéti szempontból. Hogy a *hadi sebészetben*, esetleg a *véletlen balesetek* ellátásában mennyiben célszerűbb és megbízhatóbb a Mastisol a GROSICH-féle száraz jodtincturás bőrkezelésnél, azt a gyakorlat fogja megmutatni, de úgy látszik, mindkettővel egyformán jó eredmények érhetők el. Mindkettővel igyekszünk a bőr bakteriumait megkötni és így a sebtől távol tartani. A jodtinctura ezt a bőrfelület megkeményítése- és cserzésével éri el, mi mellett az alkohol és a jód desinfiáló hatása is tekintetbe jön, míg a mastisol a bakteriumokat helyhez rögzítő képességével mentesíti a sebet a későbbi fertőzéstől. *A műtéti sebészek* asepsisében akkor volna csakugyan nagy jelentősége a mastisol kezelésnek, ha további kísérleti sorozatok azt is kimutatnák, hogy vele sikerül megszüntetni, vagy javítani azt a veszedelmet, mely a sebet, a mint főt említettük, a műtét tartama arányában a beteg bőre részéről fenyegeti. Nagyon hasznos munkát teljesítene tehát az előadó úr, ha kísérleteit ez irányban kiegészítené. A sebészi klinikán az előadó úr esetein kívül főleg az irányban kísérleteztünk a mastisollal, mennyiben sikerül használata mellett a fekélyes bántalmak közelében végzett műtéteknél az asepsis biztonságát fokozni. Ilyenkor tapasztalás szerint a fertőző anyaggal szinte impregnált bőr alig fertőtleníthető megbízható fokban; miért is a műtéti asepsis sikere a legnagyobb gondosság, a fekély előzetes kimetszése mellett is mindig kétséges

maradt. Eddigi tapasztalataink kedvezők, de csekély számuk miatt végleges ítéletet nem mondhatunk. Mi úgy jártunk el ezen esetekben — mint az előadó úr is említette, — hogy a jodtincturás és mastisol kezelést egyesítettük. Tudományos szempontból persze mindezen módszereket külön és egyesítve kellene a klinikai műtéti anyagon kísérletesen tovább tanulmányozni.

SZABÓ DÉNES tanár:

OETTINGEN mastisolos sebkezelése, úgy a mint ezt maga is jelzi, a kivételes, a midőn rendes előkészületre idő, vagy mód nincs, de talán messzebbre megy előadó, a midőn ezt az eljárást a jövő rendes típusos eljárásának véli. A kéz fertőtlenítésére ma is a legjobb a FÜRBRINGER-féle előírás, melyet felszólaló keztyű daczára gyakorol, mert az kilyukadhat. Az úgynevezett keztyű lé fertőző volta épúgy, mint mennyisége egyénileg is változó, nyáron könnyen izzadó egyénnél sok lehet, de azért ez nem szól a keztyű haszná ellen. A műtétel hosszú tartamánál fokozatosan szaporodó csirákat a 3 Tupfer-probe pontosan kimutatja tehát itt különösen káros lehet, ha az első fertőtlenítés nem volt alapos és szükséges lehet a műtétel folyamán a fertőtlenítés kiegészítése.

OETTINGEN végeredményben szintén csak egy vékony réteget von a bőrre, a mely mégis csak lekophat, megrepedhet, különösen hosszantartó műtételnél. A különféle bevonásnál pl. a Gaudaninnál még a bevonás módjának nehézsége is számbaveendő. Nem osztja előadónak nézetét, midőn a jodtincturás bőrkezelést szintén a bevonó, a csirákat rögzítő eljárások közé számítja és hibául rója fel, hogy nem eléggé tartós, hamar lekopik. A jodtinctura tulajdonképen elpárolog egy idő múlva, mert ezt az alkohol és a jod is megteszi. Mindkettő fertőtlenítő szer is s azért nem állíthatók párhuzamba a csirákat a felszínen egyszerűen rögzítő módszerekkel. Az alkoholos oldat különösen a mélybe hatolást segíti elő s így a jodtinctura a mélyebbre való fertőtlenítés mellett, rögzíti is a csirákat. Felszólaló kiterjedten használja a műtéti térnek fertőtlenítésére a jodtincturát, még a hasüregben is odanövések leválasztása után maradt parenchymásan vérző, nem egészen megbízható felületre alkalmazza. A has bőrét a műtétel folyamatán esetleg újólá bekeni jodtincturával, tehát bőven használja s elég megbízhatónak tartja.

A hol a rendszeres előkészület a műtételre kivihető, ott inkább többet tegyünk, nehogy elégtelennek bizonyuljon, de kétségtelenül lehetnek pl. a harezteren, de egyebütt is beavatkozások, melyeknél gyorsan kell, megbízható víz nélkül, pl. kisebb műtéteket végeznünk, hozzászóló úgy véli, ezek szempontjából bírálendő az OETTINGEN-féle eljárás.

## II. szakülés 1913. évi februárius 1-én.

Elnök: KLUMÁK ADOLF.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. SZABÓ JÓZSEF: *Elmebetegek gerinczagyi folyadékának erjesztő hatásai.*

Mint hogy a liquor cerebrospinalisnak a középponti idegrendszer anyagforgalmában való szerepe ma is jóformán még kiderítetlen, a gerinczagyi savó erjesztő hatásai pedig ilyen szempontból fontosak lehetnek, összesen 60 elmebetegtől vett cerebrospinalis savó fermentum hatását vettem vizsgálat alá. Eseteim közül 27 dementia paralyticában, 15 dementia praecoxban, 5—5 epilepsiában, alkoholos elmebajban; 2—2 praesenilis psychosisban, senilis dementiában, mania depressiva maniás szakában és ugyancsak kettő hysteriás elmebajban szenvedett. A gerinczagyi folyadék diastase, invertase, zymase, pepsin, antipepticus, tripsin, antitrypticus, glycyliptophant hasító, oltó-erjesztő, lipase és oxydatiót közvetítő hatásait kutattam. Kísérleteim eredményét a következőkben foglalom össze:

A gerinczagyi folyadék általában kevés féle és gyenge hatású enzymet tartalmaz.

Egy esetben sem találtam invertase, zymase, pepsin, antipepticus, trypsin, antitrypticus, glycyliptophant hasító, oltó-erjesztő tulajdonságot, sem tyrosinase, sem aldehydase kimutatása nem sikerült.

Diastase jóformán minden vizsgált esetben volt. Kis mértékben a hysteriás és a maniás esetekből való liquorban; praecoxos, alkoholos, senilis dementiás, praesenilis psychosisos és epilepsiás esetekben pedig erősebb az amyolyticus hatás, mint paralysisben.

A liquornak neutralis, vagy gyengén lúgos kémhatás mellett lypolyticus sajátása van, leginkább paralysis eseteiben.

A gerinczagyi savóban meglehetősen erős hatású oxidatiót közvetítő enzyim van, mely az oxygenasékhoz hasonló. Lehet, hogy fermentum-complexum és peroxydase hatású is, de ez nem valószínű.

Ez az erjesztő valószínűleg ugyanaz, mint a melyet CAVAZZANI cerebrospinasének nevezett. A liquorból alkohollal lecsapolható.

A gerinczagyi savónak gyenge katalyticus hatása van.

A súlyosabb elmebajokban szenvedő betegek liquorja általában erősebben fermentáló hatású, mint a maniás és hysteriás betegeké, melyek a normalis liquorhoz leginkább hasonlíthatnak.

A középponti idegrendszer anyagforgalmában az oxydatiót közvetítő enzyimnek, a cerebrospinosének fontos szerepe lehet. A diastase, lipase és katalase hatás rendszerint igen gyöngye erre. Érdekes, hogy a lipase leginkább paralysises liquorban van.

Valószínű, hogy az erjesztők a plexus chorioideusokból jutnak a liquorba, esetleg a liquorban széteső sejtekből. Erre PIGNINI kísérletei alapján következtettek.

Azt, hogy a liquor enzimjeinek a kimutatása diagnostikai, vagy prognostikai szempontokból értékesíthető-e? csak további vizsgálatok dönthetnék el.

A gerinczagi savó erjesztő hatásai arra mutatnak, hogy ez a folyadék a középponti idegrendszer anyagforgalmában fontos activ szerepet játszik.

(Megjelent az „Orvosi Hetilap” 1913. évf. 12. és 13. számaiban.)

II. GÉB R JÁNOS a *Noguchi Luetin reactio klinikai értékéről* számol be, melyet az előadó 160 esetben próbált ki. Eredményképen mondhatja, hogy a reactio syphilisre specificus. A korai syphilisnél kisebb, a későnél nagyobb százalékban, mondhatni állandóan positiv reakciót kapott. Az antilueticus kezelések kevésbé befolyásolják, mint a W. react., bár oly esetekben, hol a kezelés alapos volt, negativ reakciót kapott. Ezen eseteket gyógyultaknak tekinthetjük. A reactio nagy előnye, hogy könnyen végezhető. A betegre sem fájdalommal, sem veszélylyel nem jár.

(A dolgozat egész terjedelmében megjelent a „Gyógyászat” 1913. évf. 7. számában.)

### III. szakülés 1913. évi februárius hó 8-án.

Elnök: DAVIDA LEO.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

HATIEGÁN GYULA: *A Winkler—Schultze féle oxidase reactio klinikai jelentőségéről.*

Az eredeti WINKLER-féle eljárással végzett vizsgálatairól számol be.

Vizsgálatainak célja volt 1. hogy ezen eljárás segélyével megkülönböztethető-e a fiatal fehér vörsejtek egymástól; 2. hogy e fehér vörsejtek ezen sajátossága a fertőző betegségeknel mutat-e valamelyes elváltozást.

Vizsgálatait kiterjesztette idült leukaemiás myelosis és lymphadenosis öt-öt esetére, továbbá heveny leukaemiás lymphadenosis három, heveny myelosis két esetére.

Fertőző betegségek közül a reactiót végezte: Typhus abdominalis 10, Pneumonia crouposa 10, scarlatina, morbilli, dyphtheria, tonsillitis, tetanus, anthrax, sepsis, malaria, erysipelas, polyarthritus, acuta rheumatica, tuberculosis miliaris három-három esetében.

Vizsgálatai eredményét a következőkben foglalja össze:

1. Az oxydase reactio a csontvelői sejtek sajátossága (granulocyták.) Gyors kivihetősége miatt gyakorlati eljárás gyanánt ajánlatos. A heveny fehérvérűségnél alkalmazása klinikai követelmény.

2. A fertőző betegségek alatt az oxydase reactio változást nem mutat.

(A dolgozat egész terjedelmében megjelent a „Gyógyászat” 1913. évf. 8. számában.)

#### IV. szakülés 1913 februárius hó 15-én.

Elnök : KLUMÁK ADOLF.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

VÉRTES OSZKÁR: a lefolyt 1912. évben a kolozsvári nőgyógyászati klinikán végzett laparotomiákról számol be. Összesen 80 laparotomia végeztetett, a mi feltűnő haladást jelent az előző évekhez viszonyítva. Sorra veszi a csoportokba osztott műtéteket. 13 fibroma műtételt végeztek, közülök 2 totalis exstirpatiót, 11 supravaginalis amputatiót. Mind a 13 meggyógyult. Elvileg a supravaginalis amputatiót végzik, nehogy később a hüvely descensusa jöjjön létre; a totalis exstirpatiót csak különösebb esetekben végzik. Carcinoma miatt 14-szer végeztek laparotomiát, még pedig mindannyiszor WERTHEIM-féle műtételt. Felemlítendő azon fontos körülmény, hogy az operabilitás 10 év alatt 4·41<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-ról 18·7<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-ra emelkedett, mely körülmény főleg annak tudandó be, hogy a WERTHEIM-műtéttel sikerült az indicatio határait kitolni. A 11 operált közül 4 halt meg; 2-nél ureterlekötés, 1-nél ureter-elhalás urinifiltrációval és abcessus képződéssel, 1-nél anaemia universalis okozta a halált. A technikát illetőleg fontos, hogy elvileg nem drainezzük a parametran-tasakokat. Egy esetben végeztek ventrofixatiót, mely műtételt különben ritkán végzik. Meggyógyult. Ovarialis cystát 17 esetben írtottak ki, köztük 3 malignus ovarialis daganatot. Kocsánycsavarodásnál a rögtöni operatiót tartják helyénvalónak. Adnextumort csak 15 esetben operáltak, a mi — tekintetbe véve a klinika nagy adnextumoros beteganyagát — a conservativ irány mellett bizonyít. Az operáció indicatióját egyrészt az anatómiai elváltozások, másrészt a nő sajátos társadalmi állása adják meg. A nőt fiatalkorában lehetőleg conservative operáljuk. A kiesési tüneteket súlyosan mérlegelik, mert néha betegebbé teszi a nőt a radicalis operatio, mint a milyen volt műtétel előtt. 5 esetben puerperalis, 9 esetben gonorrhoeás, 1 esetben tuberculotikus eredetet lehetett felvenni. 12 esetben kétoldali adnextomiát végeztek, de ekkor is 5 esetben 1 ovariumot hagytak vissza; 2 esetben supravaginalis amputatiót végeztek kedvezőbb

sebviszonyok teremtésére. Csak 3 esetben végeztek egyoldali adnexotomiát. Egy esetben végeztek radicaloperatiót, azaz a genitale teljes kiirtását: kétoldali pyosalpinx fibromás méhvel való szövődmény esetében. 15 közül 3 exitált; halálokok: 1. embolia arteriae pulmonalis; 2. ileus mechanicus solutus, stercoraemia (?); 3. peritonitis fibrinosa-purulenta. Tubaris terhességnél 13 esetben végeztek laparotomiát. Egy izben élő peténél, 20 cm.-es magzat, 2 esetben hirtelen fellépett belső vérzésnél még a collapsus idejében, 10-szer kifejlődött haematománál. Utóbbiaknál 4-szer draineztünk a hüvely felé. 3 halálesetünk volt; halálok: peritonitis. 5 próbapaparotomiát végeztek: kétszer WERTHEIM-műtétről lett volna szó, egyszer peritonitis tuberculosa, egyszer mesenterialis mirigy-sarcoma, egyszer fibromás méh callosus tömegekbe ágyazott adnextumorokkal volt jelen. Végre egyszer a medence kötőszövetéből kiinduló echinococcus tömlőt irtottak ki; előbb kivarták a tömlő falát a hasfalhoz; egy későbbi műtéttel magát a tömlőt is sikerült kiirtani. Beteg meggyógyult.

Az előadás egész terjedelmében a „*Gyógyászat*”-ban fog megjelenni.

*Hozzászólás:*

SZABÓ DÉNES tanár: Előadó tanulságos összeállításához csak néhány megjegyzést kíván fűzni, mert az elveket, melyek alapján eljár, adott esetekben már ismételt hangoztatta. Régi meggyőződése, hogy ectopusos terhességből vagy egyébként származó vértömegek bántják a szervezetet, a vér nemcsak összekapaszkodást eredményező gyuladást okoz, de magának tokot is készít és felszívódásával hőemelkedéseket, mérgezéseket, pl. fejfájással, émelygéssel, sőt hányással eredményez. Ha kisebb vérrögök felszívódását be is lehet várni, nagyobbakat feltétlenül gyökeresen távolít el hasmetszéssel, a fenti okokból és a fertőzés veszedelme miatt, mely a petevezető, bélhuzam vagy véráram által odavitt csirák következtében áll elő. Melyek a bomlási folyamatnak okai és termékei, ismeretlenek, bár újabban foglalkoznak ezzel a kérdéssel is, valószínűen a vérben levő, erjedéshez vagy más vegyi folyamathoz vezető elemek lehetnek az okai a csiramentes változások, melyek a fehérnyeszetésési termékeit adják s ezek a szervezetre mérgezőek.

A klinikán divó előkészületek az asepsis biztosítására eléggé megbízhatóak s mégis fertőzéken alapuló halálesetei vannak. Nem is kívülről bevitt fertőző csirák adják a megbetegedést, hanem a műtét helyén a szövetekben, a nyirok és vénutakban levő csirák, a melyek hatása nem hárítható el oly könnyen. Aránylag tiszta téren folyik le a fibromyoma miatt végezett méhnyak csonkolása, ide legfeljebb a nyakesatornából jöhetnének fertőző csirák, ezek ellenében jodtincturával védekezik jó eredménnyel. Lobos eredetű daga-

natok a méh függelékeiben, azok összenövésai a szomszéd szervekkel már gyakrabban zárnak magukba fertőző csirákat s azok nem mindig veszítették el fertőző képességüket. Ezeknél a műtételeknél, ha nem is jut be kívülről fertőző csira, mégis sepsis fejlődik, a csirák szabaddá tétele folytán. Még nagyobb a veszedelem rosszindulatú, széjjeleső daganatoknál, itt gyakran a szomszédos lágyrészekben, nyirokutakban és mirigyekben a fertőző csirák nagyobb tömege is vesztéget s jut a hasüregbe a műtétel folytán Így szárazmazó fertőzés ellen a tűzes késsel való műtételt ajánlották, pl. ráknál, de ez minden gyanús lobos eredetű vagy rosszindulatú képletnél a hasüregben mégsem ajánlható. A műtétel terének lehető szárazzá tétele a vérzés pontos csillapításával a tápláló talajt vonja meg, minden sebfelület lehető befödése hashártyával ugyanezt célozza és a hasüreget védi a tovaerjedés ellenében, végső eszköz marad a várható sebváladék kivezetése a hüvely felé s a hasüreg felső részének kirekesztése.

A műtétel kimenetelében s ezzel a beteg sorsában nehezen értékelhető a szervezet ellentállási képessége. Rövid idő alatt végzett, aránylag könnyű műtételek után beáll a halál, sokszor boncztanilag ki sem mutatható mi okozhatta, máskor a szív kicsinysege és a véretek szűk volta vagyis hypoplasia található, máskor talán szöveti változás a szívben. Bármilyen pontosan átvizsgáljuk az egész szervezetet, annak ellentállását, pl. az altatáshoz vagy érzéstelenítéshez szükséges vegyszerek ellenében sem tudjuk mérlegelni. A szervezet által megtűrt vérvesztés nagyságát sem tudjuk előre megállapítani. Igen vékony, könnyen elnyomható ütérlokés miatt félünk a vérvesztéstől, a narcosistól s a műtétel alatt annyira javul, pl., hogy a lemondás behatóbb műtételtől alig látszik indokoltnak, máskor a jó szívműködés a műtétel alatt rohamosan gyöngül s befejezte után a beteg elhal szívgyöngöségben. A szervezet ellentállási képességének pontosabb mérlegelésére kell törekednünk, hogy a kimenetel jóslatában csalódás ne érjen.

BÜCHLER DEZSŐ: A szervezetben bárhol is idézzen elő localis elváltozásokat a tuberculosis ha az eltávolításra a hozzáférhetősége meg van adva, el szoktuk távolítani, legyen az csontban, ízületben, mirigyben, bélben, akár nephrectomiát is végeznünk miatta, eltávolítjuk tehát mindama esetekben, mikor nem számíthatunk a spontan gyógyulásra, más therapeuticus conservativ eljárások sikeres támogatására.

Miért volna ezen általános elv alól egyedül a női genital-tuberculosis kivétel?

Megalapozott indiciókkal a genitaltb. operatiója is a legcélszerűbb eljárás.

Az 1902. római gynæc. congressus kimondotta, meg hogy más korifeusokra, mint ROSTHORN, MENGE, KÜSTNER, MARTIN, HEGAR, VEIT ne is hivatkozzam, elfogadhatjuk az ezek és sok más szerző által kimondott elvet, hogy az esetek nagy számában a genital tb. operálandó!

Operálandó még pedig radikálisan, mert rendszeren együtt beteg a tubával a méh is és nem kis feladat recidiva esetén újra felnyitni a hasat a műtét folytatására.

De még ha el is fogadnók az előadó úr és az apostrophált tábor nézetét a noli me tangere elvének alkalmazására, akkor is theoreticus és illusoricus az álláspont azon egyszerű okból, mert nagyon-nagyon rikán van módunkban, előre megmondani, hogy gümős vagy más fertőzések adnexumokkal van dolgunk; a legtöbbször a histologus számára van fentartva a posteriori a diagnosis megcsinálása.

#### V. szakülés 1913. februárius 22-én.

Elnök: DAVIDA LEO.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. GYERGYAI ÁRPÁD: *Új eljárás a fülkürt egyenes úton való tágitására.* Igen gyakori, hogy a fülbántalom politizerezésre, kathe-terezésre, zondázásra sem javúl eléggé vagy elég gyorsan, daczára, hogy a fülkürt rossz átjárhatósága a teljes javulás elmaradásának, vagy késlekedésének az oka.

GYERGYAI a fogászatban használatos lenyomat-anyaggal különböző korú és nemű emberek hullájának porcos fülkürt részéről lenyomatokat készített. A lenyomatok után fém-öntvényeket csináltatott, melyeket megfelelő hosszú szárral látott el. A jobb és baloldali lenyomat különböző egymástól.

A vasos, sima felületű, s a fülkürt belsejének teljesen megfelelő fém-lenyomatokat képes az egyenes csövön át a fülkürtbe direct bevezetni, minden erőltetés nélkül, a GYERGYAI-tól 1910. februáriusban közzétett és azóta tökéletesített orrgarat és fülkürt direct vizsgálásának segítségével.

GYERGYAI bemutat pár beteget, kiknél az eddigi eljárásokkal több hónapi kezelés után sem tudott kellő eredményt elérni. Az új tágitó eljárás alkalmazásával meglepő eredményeket talált; néha már egyszeri alkalmazás után is, az előbbi elég rossz hallás nagy mértékben javult. Pl. az egyik bemutatott beteg régi kezelés után 1 és  $\frac{3}{4}$  m.-ről, egy másik 3 m.-ről hallott susogó beszédet; tuba tágitás után mindkettő a szoba végén háttal sugott szavakat is

értette, más betegnél félévi kezelés után az óraketyegés hallása  $\frac{1}{2}$  m. volt, tubatágítás után azonnal 3 m.-re javult, stb.

Tuba-tágítási eljárása, melyet inkább csak speciálisták fognak alkalmazhatni, nem helyettesítője, hanem kiegészítője kíván lenni a gyakorló orvostól is könnyen kivihető Politzerezésnek, katheterezésnek, bougirozásnak. Általánosabb következtetést néhány esetből nem akar vonni, de az a pár épen meglepő eredmény azt engedí remélni, hogy a tuba-tágítási eljárásától sokat várhat és hogy számos oly fülbántalom, mely eddigi kezeléseken hiába várt javulást, eljárásával gyógyítható lesz.

II. SZABÓ JÓZSEF: *Tumor pontis esete.* 25 éves férfi beteg, ki lues infectióról nem tud, már egy éve zsibbadásokat érez a bal arcában és bal felső meg alsó végtagjainak mozgásai bizonytalanabbak lettek. 1913. januárius közepe táján sokat köhögött bronchitis miatt. Egy este hirtelen szédülni kezdett, hányt, kettősen látott. Bal arcfele másnap reggelre béna lett. Jelenleg baloldali abducens bémult, továbbá a bal trochlearis functiója sem kielégítő. A jobb szem mozgásai is korlátozottak. Balfelé a jobb szem sem mozog eléggé. Jobbra tekintésnél erős nystagmus. Bal facialis pareticus. Farados ingerlékenysége csökkent. Musculo directe galvanos árammal könnyebben ingerelhető: partiális elfajulásos reactiót ad. Bal arcfél hypaesthesiás. Bal conjunctivalis és cornealis reflex csökkent. Exophthalmus bal. Hallás élesség baloldalt csökkent. Néha fülzúgása van. Rinne tünet pozitív. Izézés vizsgálata nem ad értékesíthető eltérését. Végtagok nem paretikusak, csak jobb talpon Babinski-tünet váltható ki. Kis fokú baloldali hemiataxia; törzs és végtagok jobb oldalt kissé hypaesthesiásak. A vázolt korkép a bal oldali abducens magvának tájékán, a pons Varoliban levő góczból vezethető le, mert a bal facialis rostjainak a vestibularis és cochlearis magvainak laesiója, továbbá a trigeminus tractus spinalisának az alteratiója, a fasciculus longitudinalis dorsalis, a hurok-pályák, kis agyi pályák és a pyramis pályák könnyebb fokban bántalmazott volta magyarázzák meg a kórtüneteket. Bár pangásos papilla és fejfájás nincs, azért egy a ponsban fejlődő tumor nem zárható ki. A tünetek rosszabodása onnan eredhet, hogy a beteg sokat köhögött, erőlködött és a tumorban vérzés támadhatott. Minthogy nem lehetetlen az sem, hogy basilaris processus (lues?) okozza a tüneteket, antilueses therapiát kísérlünk meg a negatív eredményű Wassermann-féle reactív daczára, annál is inkább, mert, ha csakugyan tumorról van szó, az úgy is inoperabilis lenne.

*Hozzászólás:* GYERGYAI rámutat az egyensúly szerve részéről mutatkozó tünetekre, melyek a baloldali félkörös ívjáratok működéséből származó ingerek kiesésére, vagy csökkenésére mutatnak.

## VI. szakülés 1913. márczius 1-én.

Elnök: KLUMÁK ADOLF.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

VÉRTES OSZKÁR egy 54 éves nőbeteget mutat be, ki klimakterikus vérzések miatt kereste fel a klinikát; curettázták. E mellett cystitikus panaszai és vizelete voltak; ezért hólyagöblítésekkel kezelték. Ma reggel bűzös gennyes vizelettel *echinococcus-hólyagokat* ürített a nő. Azon kérdés elé voltak állítva, vajjon *primaer* hólyag-*echinococcus*-ról van-e szó, avagy *secundaer* úton kerültek-e a hólyagba akár a környező kötőszövetből való áttörés, akár a veséből való levándorlás útján. A cystoskopiai vizsgálattal sikerült a hólyag kúpján tapadó *echinococcus* hólyagot látni, de áttörési nyílást sehol; a méh környezetében bimanuális vizsgálattal nem lehetett resistenciát találni, mely megfelelt volna egy *echinococcus* tömlőnek. A cyst.-képben mindkét ureter szájadék ép volt, szűk rést mutatnak. Ezek alapján tehát *primaer* hólyagechin.-t kellene felvenni, a milyen az irodalomban csak kettő van felemlítve. A vizsgálatokat, azonban ennek eldöntésére folytatják és ennek alapján fogják az operatív módját eldönteni. Az esetről különben majd annak idején referál a bemutató.

II. DAVIDA JENŐ előadása: *Vizsgálatok az átmeneti varratok persisztálásáról*. I. rész. (L. Értesítő 1—210 l.)

## VII. szakülés 1913. márczius hó 8-án.

Elnök: DAVIDA LEO

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. HEVESI IMRE és BENEDEK LÁSZLÓ: „*Foerster-műtétek gyermekkori spasticus paraparesis és hemiplegia infantilis spastica esetinél.*“

Szeizmók az első esetre nézve részletesen leírják az idegstatust a műtét előtt és után. A műtét által okozott változás különösen az azelőtt hypertonusban levő comb adductorok és triceps suraera vonatkozik; az equinovarus lábtartás is teljesen eltűnt; az intendált mozgásokat kísérő spasticus tremor a műtét után alig jelentkezik, míg a valgus állás a térd és lábtő ízületekben szembetűnőbb lett. Ugyancsak inkább kifejezésre jutott a quadriceps femoris, tibialis ant. és triceps surae paresise. Érdekes degenerációs jelnek tartják a szemfenéki elváltozást, a retinalis arteriák és vénák niveau differenciáját.

Műtét után múló természetű érzékszavarok is állottak elő. — Részletesen differentiálják az esetet és e helyen irodalmi adatokra is hivatkozva kiemelik, hogy a cerebrális és spinalis formái a gyermekkori göresös bénulásoknak nem választhatók el élesen.

A beteg utókezelésére kitérve, számadatokkal igazolják ennek sikerét. — Foglalkoznak az irodalomban talált egymásnak ellentmondó adatokkal.

A második esetet (hemiplegia spastica infantilis) az athetosis-sal való combinatio tette érdekessé. Operatio után az alsóvégtag izomzatának állandó merevsége tetemesen csökkent, bár a reflectorius merevség quadriceps femoris és adductorok-ban még kiváltható. A triceps surae secundär contracturája miatt esetlegesen operatív, vagy orthopädiai utókezelés válik szükségessé a physicalis gyógy-mód mellett.

A műtét sikerére vonatkozólag hivatkoznak Foersterre, ki a német sebész társaság congressusán (1912) 131 esetben végzett operatióról számolt be, melyek közül 13 halállal végződött. Foglalkoznak részletesebben a műtét contra-indicatióival.

HEVESI 6 esetben végezte a műtétet; műtétjei feltűnő javulásra vezettek. Tapasztalatai szerint athetosis esetén, ha emellett a spasticus jelenségek előtérbe lépnek, a műtét sikerrel biztat. Irrelevansnak tartják, hogy a göresös bénulás alapjául szolgáló anatómiai elváltozás a cortico-spinalis pályáknak melyik helyén keresendő; fontos ezzel szemben egyedül az, hogy a gerincvelő reflex ingerlékenysége a motilitást zavaró mértékben fokozódott. — Hangoztatják az utókezelés feltétlen szükségességét.

A műtét technikájára vonatkozólag HEVESI az egyidejű operálást ajánlja.

Két idejű műtét kifogásolandó, részben az asepsis megóvása szempontjából, részben a kétszeri narkosis esélyei miatt is. — Az utolsó műtétéknél  $\frac{3}{4}$  órára volt szükség a gyökerek kimetszéséig, 1 és  $1\frac{1}{4}$  órára a varrások befejeztéig. A fektetés, gerinczesatorna feltárás, a dura zsák megnyitásának olyan eljárásáról számol be HEVESI, melyet műtétjeinél sikerre vezetőnek talált. A mozgató gyökerek és különösen az arachnoidea lehető kimélése elsőrangú fontosságúnak bizonyult. A liquor folyást a műtőnek sikerült teljesen kiküszöbölni a varrás technikájának javításával és az utólagos fektetéssel. Műtő az operatio után a két napi drainezést feltétlen szükségesnek tartja.

Az ismertetett két esetben a gyermekeket a műtét alig viselte meg.

Szerzők szerint a FOERSTER műtét helyesen választott esetben jogosult, mert:

1. nem veszélyeztet jobban, mint bármely nagyobb műtėti beavatkozás,

2. mert kárt nem okoz,
3. mert haszna nyilvánvaló,
4. mert physiologiai alapon épül fel.

A STOFFEL által ajánlott motoricus idegátmetészek szerintük éppen az utóbbi szempont miatt esnek kifogás alá.

II. MÁTYÁS MÁTYÁS: *Elsődleges vagina carcinoma Wertheim műtéttel operált esete* (készítmény bemutatás).

A 49 éves nő három hó óta panaszskodik fehér folyásról. A vagina hátsó falán közvetlenül a portio alatt ezüst forintnyi éles határu gombaszerű carcinomás képlet látható. Tekintettel arra, hogy meglehetősen magasan van és hogy radikálisabb is, Wertheim műtét végeztetett. A készítményen látható, hogy két oldali sactosalpinx van jelen, továbbá, hogy igen sok parametran és perivaginális kötőszövet és mirigyek távolítottak el; a vagina fele kiirtatott. A daganat mindenütt ép részekkel van bőven körülvéve.

III. ΑΡΑΨΗ ΙΣΤΥΑΝ előadása: *Újabb beágyazási és metélési módszer.*

### VIII. szakülés 1913, márczius 15-én.

Elnök: KLUMÁK ADOIF.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. DAVIDA JENŐ előadása: *Vizsgálatok az átmeneti varratok persistálásáról. II.* (L. Értesítő 1—210 l.)

II. MÁTYÁS MÁTYÁS előadása: *A Richter-féle „Glanduitrin” hatásáról.*

Mióta kiderült, hogy a hypophysis infundibularis lebenyének kivonata méhcontractiókat képes előidézni, azóta számtalan ilyen készítmény került forgalomba, mi több külföldi készítmény mellett, mint a milyen a pituitrin pituglandol, a RICHTER-féle „Glanduitrin“-t alkalmaztuk 72 esetben. Így volt alkalmunk egyrészt a készítmény hatásáról meggyőződni, másrészt a külföldiekkel összehasonlítani.

Metorrhagiánál, a gyermekágy késői idejében fellépő vérzésnél eredmény nélküli volt a Glanduitrin alkalmazása. Hasonlóan 5 hónapon aluli abortus-nál, ellenben két hatodik hóapban végzett művi abortusnál (egyiket pyelitis gravidarum, másikat incompensált vitium miatt) ballon tágitással kapcsolatosan igen jó eredménnyel alkalmaztuk. Egy hat hónapos megindult abortusnál az intravenás injectio után 10 másodperczeze igen heves fájások léptek fel, 3 perc múlva a magzat (3 ujjnyi méhszáj), 2 perc múlva a lepény távozott.

64 esetben alkalmaztuk kihordott terhesség mellett, szülésnél, ezek közül csak két eset volt olyan, melyben ugyan volt eredmény, de az nem volt kielégítő. Maximalis adag 1 gr. volt (36 óra alatt),

de schol mérgezést nem kaptunk, sem a magzat asphyxiáját. Pulsus az anyánál az alkalmazás után teltebb és gyéreb, magzati szívhangok szintén gyérebek (100.) voltak, de jól hallhatók. Subcutan, vagy intramuscularis injectio után 3--10 percze, intravenás befeeskenkezés után 10 másodpercze lép fel a hatása. Előbbi esetben kb. 40 perczeig, utóbb csak 15 perczeig tart a hatása, de a fájások erősebbek, úgy hogy különösen atoniánál az intravenás befeeskenkezés indokolt.

A tágítás időszakában már megindult szülésnél egyformán jó volt a hatása, akár ép volt a burok, akár nem. Különösen korai burokrepedésnél, a hosszasan elhuzódó szülés veszedelmét kikerülhetjük a RICHTER-féle „Glanduitrin“ alkalmazásával, mert aránylag igen rövid idő alatt, ha nem is fejeződött be a szülés, legalább oly stádiumba hoztuk, melyben fogóval befejezhetővé vált.

A hosszú kitolási időszak alatt alkalmazott esetek egy részénél a Glanduitrin alkalmazásával a fogó műtétet elkerültük, kb. 50%-ban azonban fogó műtétet voltunk kénytelenek végezni. Nem is akarom azt állítani, hogy a Glanduitrimmel a fogó műtétet elkerülhetjük, de felényire megapasztjuk. Ki ne kívánná, hogy ha 50% is, a szülés normális módon, a fiziologikus erők segítségével fejeződjék be. És vannak gyenge egyének, a kiknek természetesen a méh izmai is gyengék. Új izomerőt Glanduitrin befeeskenkezésével nem adhatunk, legfeljebb csak a meglevő izomerőt aktiválom.

A szülés III. időszaka utáni vérzéseknél alkalmazva, hatása — különösen intravenás injectio után — prompt volt.

Ekklampsiánál a rohamokra kedvezőtlen hatással nem volt, ellenben a szülés lefolyását gyorsá tette, úgy, hogy a tágulási idő gyors lefolyása után, a szülés fogó műtéttel befejezhetővé vált a magzatra és anyára, egyaránt kedvezően.

Placenta praeviánál szintén gyors méhszájtágulást eredményezett ballon tágítással kapcsolatban (burok repesztés után) s eddigi eseteinkben mindig élő magzatot kaptunk.

A gyermekágyasok legtöbbnyire spontán vizeltek, 30% pedig spontán székelt. Vesére, szívre káros hatást nem észleltünk. A RICHTER-féle Glanduitrin mint magyar készítmény s mint a külföldiekkel szemben sok előnyös tulajdonsággal bíró készítmény egyaránt méltánylást érdemel.

*Hozzászól:* SZABÓ DÉNES tanár.

(Egész terjedelmében megjelenik a „Gyógyászat“-ban.)