

Jegyzőkönyvek

az Erdélyi Múzeum-Egylet orvos-természettudományi
szakosztályának orvosi szaküléseiről.

Elnökök: LÖTE JÓZSEF dr. tnr.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL dr.

I. szakülés 1904. februárius 12.

1. HEGYI MÓZES dr. bemutatásai:

a) *A thyreoidin hatása kretenismusnál.*

K. E. 3 éves 4 hónapos fiúcska 3 éven keresztül mindenféle gyógykezelésen átesve, végre a kolozsvári *Ideg- és Elmeegógyászati klinikára* került, a midőn lomha, görnyedt testtel, a vállai közé süppedt fejfel, bamba, öreges, részvétlen arczezal, vastag kilógó nyelvvel, lajhár módjára feküdt a dadája ölében. Korához képest feltűnően kicsiny, feje és hasa nagy, a végtagjai rövidek; a homloka rövid; a szemei távol esnek egymástól, aprók és mélyen ülnek; az orr gyöke széles; nyaka rövid, vastag; pajzsmirigye nem tapintható ki. Beszélni nem tud, a szájába tejnél egyebet nem vesz be. Haja és foga nincs; ülni, járni, lábra állani nem tud, játékszer után nem nyul. Sem nem sír, sem nem víg, állandóan tehetetlenül és bambán hever. Széke csak csőrére van.

Az orvoslás thyreoidin tabletták adagolásából állott, a mire egy hét múlva széke magától lett, s állandóan van is azóta; sírni kezdett s vidám arcot is vágott; egy hónap múlva ült, 3 hónap múlva nyelvét visszahúzta a szájába s többnyire ott tartotta s tartja most is, 5 hónap múlva lábra állt s járó-székkal már szalad, a haja fokozatosan megnőtt, most elég sűrű és 10 cm. hosszú. A metsző fogai kinöttek, jelenleg a zápfogai is bújnak. A nevére figyel, szülőit és testvéreit ismeri. A „mama“ szót tisztán és érthetően mondja ki. Játék után néz és játszik. Mindent eszik. A testvérei játszásának most ő a központja, holott 5 hónappal ezelőtt teljességgel nem foglalkoztak vele.

b) *Thyreoidin hatása pajzsmirigyhiánynál.*

P. J. 11 éves fiú születése óta testileg és szellemileg gyengén fejlődött. Semmire sem tudták megtanítani és semmi hasznát sem tudták venni. Házulról gyakran elszökött, napokig csavargott s a rendőrség ismételten haza

vitte, de nem bírtak vele, utoljára az *Ideg- és Elmeógyógyászati klinikára* hozta a rendőrség, a hol kitént, hogy erősen degenerált. Feje részaránytalán, rövid homlok, szétálló nagy fülek; strabismus convergens. Beszédképtelenség, csak értelmetlen szavakat mond. Bal scoliosis. Jobb oldali cryptorchismus. A bal kéz és a bal láb feszítő-izmának hűdése. A pajzsmirigy nem tapintható. Arczkifejezése bamba, vigyorgó, figyelmetlen; képzetei, fogalmai nincsenek; emlékezése, itélete hiányzik. Hajlamai impulsioszerű cselekedetekben, rakonezátlanóságban nyilvánulnak, köpdös, verekedik, karmol, stb. Senkivel sem rokonszenvez.

A pajzsmirigy hiánya miatt thyreoidin-tablettákat kapott és 2 $\frac{1}{2}$ hónapi adagolás után már feltűnő különbség mutatkozott a viselkedésén. Illedelmes, az ápolóknak segédkezett, az orvosokhoz ragaszkodott s betegtársait sem bosszantotta többé. Később a czipész-műhelybe került, a hol egy hónapi tartózkodás után annyira vitte, hogy talpat tud varrni a czipőre.

2. CSIKI MIHÁLY dr.: *Lichen ruber planus*-ban szenvedő beteget mutat be MARSCHALKÓ tanár klinikájáról, a kinél a kórisme felállítása nem volt épen könnyű. 35 éves napszámos, a kit ezelőtt egy nappal vettek fel, 3 hónapja beteg. A kiütés leginkább a törzset és pedig a mellet, hátat és derék táját foglalja el. Közelebbi megtekintésnél látszik, hogy az egész apró, köles, legfennebb lencsényi papulák összefolyásából keletkezett. Legjobban látható ez a széleken. Igen apró, sokszögletű, tömött, lelapított, mintegy lemetszett tetejű göbcsék ezek, a melyeknek oldalvilágításnál sajátságos viasz-fényük van, közepük kissé besüppedt, halvány-pirosas szíűek és egyik-másik erősen tapadó finom pikkelyekkel fődött. Összefolyásuk által a bőr beszűrődött, száraz tapintatú, felülete hálószerű, a chagrin-bőrhöz hasonló, olyanforma, mintha a bőrfelületet 4—5-szörös nagyítással néznők. A régibb helyek színe sötétebb, barnás-vörös, a saepia-barnához hasonló színű. Egyetlen subjectív tünet a viszketés. Mindezek alapján a kórismét *lichen ruber planus*-ra tettük.

A bántalom a chorium felső rétegében székel, az epithel elváltozása csak másodlagos. Először a papillaris-réteg erei tágulnak ki, a mit az erek körüli sejtes beszűrődés követ, majd a Malpighi-rétegben a stratum granulosum sejtjei proliferálnak a stratum filamentosum rovására, a mely a nyomás következtében vékonyodik, sorvad s okozza a papulák közepén a besüppedést. Vékonyodnak, sőt eltűnhetnek a papillaris-réteg csapjai is, úgy hogy a kötőszöveti réteget a hámréteg felé egyenes vonal határolja. Jellemző a lichen ruberre, hogy a papulák mindig papulák maradnak, másodlagos elváltozásokat nem szenvednek, vesiculákat, pustulákat, sőt — daczúra az erős viszketésnek — még vakarási nyomokat sem igen látunk.

A lichen rubernek két alakját ismerik: a *l. ruber planus* és a *l. ruber acuminatus*. Ez utóbbi igen ritka betegség, magára nem igen fordúl elő, inkább koverve az előbbivel s csak annyiban különbözik tőle, hogy az egyes göbcsék tetejét kónikus szarúcsap fedi, a melyek ha összefolynak, a bőrfelületet érdessé, a reszelőhöz hasonlóvá teszik. Hasonlít hozzá az a sajátságos megbetegedés, a melyet a francziák *pityriasis rubra pilaris*-nak neveznek. Azonban ez egészen különálló bántalom, a hol mindig a szarú-

réteg megbetegedése az elsődleges és nem egyéb, mint a folliculusoknak megfelelő hyperkeratosis.

A differentialis diagnosis szempontjából a *syphilis* mikropapulosus alakja jöhetne szóba, a rosszul nevezett *lichen syphiliticus*, a melynél azonban a göbésék mélyebben fekszenek a choriumban, színük inkább rézvörös és soha sem viszketnek. Hasonlít a *psoriasis* némely alakjaihoz, pl. a térden levő elváltozás, azonban ezek a pikkelyek sokkal erősebben tapadnak s körülöttük megtalálhatók a kis lichen-papulák s a psoriasis szintén nem viszket. Valamely dermatomyeosis-, vagy az ichthyosis-sal való összetévesztéstől szintén megóv a lichen-papulák jelenléte.

A lichen r. planus többnyire jóindulatú és lefolyású s arsen-kezelésre szépen gyógyul. Ez is arsenit fog kapni. Pilulák alakjában vagy újabban még inkább atoxylbefecskendezések alakjában. Megjegyzendő, hogy súlyosabb esetekben sokszor hónapokig tartó erélyes arsen-therapiára van szükség, hogy a bántalom gyógyuljon.

3. DEMETER GYÖRGY dr.: *Inoperabilis szemhéjrák*-ban szenvedő beteget mutat be MARSCHALKÓ tnr. klinikájáról, a kit RÖNTGEN-sugarakkal kezeltek. 14 ülésre középlágy cső és középerős áram mellett a kis-ökölnyi daganat demarkálódott és 7 napra beheggedt. Feltűnő, hogy akkora daganat ilyen rövid idő alatt visszafejlődött és hogy a szem mennyire tolerans a RÖNTGEN-sugarakkal szemben, kis belőveltségen kívül más tünet nem volt. A bántalmat nem tekinti gyógyultnak, tovább kezelik. A következő ülésen újra bemutatja készítményekkel együtt, mit a daganatból a kezelés előtt, a reactio tetőfokán metszettek ki és jelenleg szövettani feldolgozás alatt állanak.

Hozzászól BORBÉLY SAMU dr., MARSCHALKÓ tnr. és HEVESI IMRE dr.

4. HEVESI IMRE dr. az *inátültetés*-nél szerzett újabb tapasztalatairól szólván, kiemeli, hogy a hűdött és ép izmoknak előre való meghatározását, a mi kellő pontossággal csak villam-árammal való vizsgálattal történhetik, fontosnak tartja. Betegek hűdött végtagjain szemlélteti azon elveket, melyek a műtét tervezésénél és kivitelénél vezetik. A cél bizonyos fontos mozzások létesítése. Mellekesnek tartja, hogy ezt in-anastomosissal vagy periostalis transplantatióval éri-e el; a módszer megválasztásában az egyszerűség és kedvezőbb erő kifejtés kilátása vezeti. Lehetőleg egész inakat kell áttenni és inkább feláldozni nem fontos izomműködések. Pótműtétknél tapasztalta, hogy az inak összenövése erős; elhasított és plastikailag nyújtott inak megvastagodtak, legömbölyödtek, környezetükkel laza kötőszövetrel függték össze, a mely jelentékeny eltolódást enged meg. Görcsös hűdéseknel nehéz az izomerő elosztását egyszerre helyesen eltalálni, azért jobb fokozatosan, több műtéttel előre haladni.

Bemutat műtét előtt álló, operált és még kezelésben levő, valamint teljesen gyógyult eseteket, mely utóbbiakon az új izomműködések demonstrálja.

Lúdtalp-műtétének kiegészítéséről szól ezután. Bemutat gyógyult betegeket, kiknek kisebb-nagyobb fokú lúdtalpa módszere szerint operáltott; m. tib. ant. áttétele MÜLLER szerint a sajkacsontra, megerősítése az ext.

halluc. longus-szal, Achilles-in nyújtása, m. tib. post. megrövidítése és megerősítése a m. triceps surae egy szeletével. Fenyegető recidiva esetén, vagy igen súlyos esetekben ehhez járulhat még a m. peron. brevis teljes átültetése a sajkaesont medialis oldalára. Bemutat egy ilyen operált és már régóta gyógyult beteget is.

5. ELFER ALADÁR dr. az *infantilismus* egy esetét mutatja be. 23 éves nő, kinél a jelen kórra való jellegző aetiologiai mozzanatot nem talál, fejlődésében visszamaradt. A 135 cm. testhossz, a hónaljiszőrök hiánya, a fanszőrzet alig kifejezett volta mellett a mamák területén bőséges zsírlerakódás tapintható. Szemgolyók a horizontális síkban kifejezett rezgést mutatnak. A fejével hasonló irányú rezgést végez. A genitáliák külső részlete fejlődésben visszamaradt. A genitális szervek egyébkénti állapotáról jelenleg még nem nyilatkozhatik, mivel a beteg a vizsgálat megejtését ellenzi. Havi baja eddigelé nem jelentkezett.

Ezen objectív adatesoportok mellett rachitisre utaló mellkast lát, továbbá pedig a nyakon a gl. thyroideát tapintani nem lehet.

Beteg sensoriuma ép, intelligenciája azonban csökkent. Kisebb matematikai feladatokat megfejt. Irni nem tud, olvasni is csak a nyomtatott betűket, ezt azonban megfejtí azon körülmény, hogy mindössze egy évig tanult.

A jelenleg fennálló fejlődési visszamaradottság és a pajzsmirigy nem tapinthatósága közötti viszony szembeötlő. A foganatosítandó thyreoidin-kezelés mikénti eredményéről később tesz jelentést.

6. JANCSÓ MIKLÓS m. tnr. egy beteget mutat be nagy *aneurysmával az arcus aortae*-n, mely klinikai tünetekből jól diagnosztisálható, de különösen szép a RÖNTGEN-átvilágítással nyert kép, melyet szintén bemutat.

Másik betegnél csupán a recurrens hűdés hívta föl a figyelmet s bármilyen pontosan vizsgálta is a beteget, aneurysmára valló más egyéb tünet nem volt található. RÖNTGEN-átvilágításnál tojásnyi aneurysma volt látható az arcuson, melynek képét szintén bemutatja.

II. szakülés 1904. márczius 4.-én.

1. VESZPRÉMI DEZSŐ dr. egy 37 napos csecsemő szerveit mutatja be, a kinek boncolásánál a máj-kapuban mogyorónál nagyobb sajtos mirigyet talált, a májban lenesényi, kölesnyi sajtos gümöket, úgyszintén a lépben és tüdőkben. Úgy a mirigy kaparékában, mint a szövettani készítményekben gümöbacillusok mutathatók ki. A szövettani kép egyébként is a gümőkórra teljesen jellemző elváltozásokat adja. A csecsemő anyjától — a ki miliaris tbc.-ben halt el — egyáltalán nem szopott, soxleth-tel táplálták. Az esetet úgy tekinti, mint a melyben a gümöbaecillusokkal való fertőzés a placentán keresztül a méhen belüli életben történt, az anya vérében keringő bacillussokkal. Kiemeli, hogy milyen aránytalanul ritkák az ilyen esetek, a melyekben a gümőkóros fertőzés kétségtelenül veleszületettnek tekinthető s ha létrejön, a magzatra már igen korai időben végzetes kimenetelű. Azon nézetét fejtí ki aztán, hogy *gyakorlati szempontból a gümőkóros fertőzésben az*

öröklésnek fontosságot tulajdonítani egyáltalán nem lehet. (Megjelent Budapesti orvosi újság 1904. évi 16. sz.-ban.)

2. BORBÉLY SAMU dr. (Torda) bemutatásai: A herniologia bő s nem egyszer érdekességében változatos eseteiből óhajtok két beteget bemutatni.

a) *Szabad sérv által előidézett vermiformis gyuladás, féregnyújtvány kiirtás.* Első betegem H. József, 64 éves, kinél 1900 november 29.-én, az öt év óta fennálló, irroponabilis és négy napja kizárt jobb oldali inguinalis sérvét gyökeresen operáltam. A sérvbennék túlnyomó többsége cseplesz volt, mely szoros lenövésüket mutatott nemcsak a környi részekhez, hanem gombolyag alakban magamagával is erős növedékekkel volt átfonva. A lenövés feloldásával kitűnik, hogy a cseplesz között egy, alig 2 cm. hosszú vékonybélkaes is van, a mely belövelt ugyan, de visszahelyezhető. A csepleszt a szorulatú barázdán felül alakítva csonkoltam s a béllal együtt visszahelyeztem. A műtét, mint BASSINI-féle nyert befejezést és sima gyógyulást következett be, úgy hogy 15 nap múltán, tehát decz. 14.-én betegünk gyógyulva hagyta el a kórodát. Alig négy heti künnlét után a heg felső harmadában egy tályog keletkezik, mely magától feltörik s belőle selyem lökődik ki, az így keletkezett seb hosszú ideig renyhe s csakis több mély selyemvarrat s alakítás kiködése után gyógyult. A múlt évi augusztusában betegünket a vakbélájáról kiinduló heves hasgörcsök lepik meg, ehhez csuklás, majd hányás és nagy székrekedés csatlakozik. Ricinus, magas beöntés, a vakbélájra való jeges borogatás alkalmazása s opiatokkal sikerül kezelőorvosának a rohamot megszüntetni, a mely teljesen meg is szűnt, hogy most deczemberben újabb roham keletkezzék. Ennek lezajlása után jelentkezik osztályomon s az ezidei vizsgálaton kitűnik, hogy az első műtét börmetszésének felső felén, tehát az inguinalis csatorna legmagasabb pontján egy kis diónyi sérvrecidiva van. Én akkor a görcsrohamokat s epityphlitishez hasonló attaqueokat onnan véltem kiindulónak, hogy a csonkolt cseplesz valahova lenőtt s ennek vongalása az ok. Újabb műtétet ajánlottam s ezt folyó évi januárius 21.-én SCHLEICH I. infiltratióban végeztem is. A sérv legnagyobb domborulatán kiterjedt, közel 10 cm. hosszú börmetszés után haladok a sérvkapu irányában. A peritoneum megnyitása után előttem van a cseplesz, a melynek elővonásával a csonkolási hely jól felismerhető s ezen hegesezés jobb oldalán alig pár milliméteres összenövés van a cseplesz és a vérbő, kissé butykós proc. vermiformis között. Szabaddá téve a coecumot is, az egész képletet elővonom, az összenövéseket gyöngéd újjnyomással oldom, mancsott-készítés a féregnyújtvány gyökén, mesenteriolum, valamint a féregnyújtvány kettős alakódása után a féregnyújtványt eltávolítom s a hashártyai hüvely bevarrása, valamint a féregnyújtvány gyöke körül a coecum falában vezetett dohányzaeszkő-varrattal a csonkot a vakbélbe visszaszülyesztem, úgy hogy az a selyem összekötése után egy második sero-serosus burkot kap. A műtét a hashártya, a hasfal minden egyes képletének külön-külön silkwormguttal egyesítésével ér véget. Zavartalan gyógyfolyamat után betegünk folyó évi februárius 10.-én gyógyultán hagyta el osztályomat. A kiirtott

féregnyújtványt itt mutatom, látható rajta, hogy butykosabb, nyákhártyája vastagabb a rendesnél.

Itt a féregnyújtványnak erőművi okból előállott gyuladásával volt dolgunk, az első beavatkozásnál esonkolt cseplesz a féregnyújtványhoz nőtt, a mély varratok kigenyedését követő folyamat alatt és miatt recidíva állott elő, a sérvkapun kibúvó cseplesz a féregnyújtványt folyton vongálta, abban keringési zavarokat okozott, ennek következményei voltak azok az epityphlitikus rohamok, melyeket a második műtét előtt két ízben is lehetett észlelni. Ezek megszüntetését célozta a subacut-gyuladásban levő féregnyújtvány resecálása s ezzel sikerült a teljes gyógyulást elérnem.

b) *Az üszkös sérvek köréből.* A 37 éves férfinál reggel 5 óraker kezdődött a jobboldali inguinalis sérvrészek kizáródása. Aznap délben, tehát a kizárást követő 7-ik órában végeztem a herniotomiát s akkor már a tömlőben levő vékonybél-kacs életképtelennek, üszkösnek bizonyult, úgy hogy egy 30 cm. hosszú bélkacs resectiója vált szükségessé. A gyógyulási folyamatból felemlítem, hogy ez az első beteg, a kinél az incarcerationiót követőleg albuminuriát észleltem. Erre az albuminuriára nézve a vélemények igen különbözők. Legelfogadhatóbb az, hogy a szervezetbe, a keringésbe jutott septicus mérgek kiválasztásának nagy része a vesén keresztül történik, e septicus intoxikatio a vesékben necrosist hoz létre, melyet legelőbb BRUNX, majd PIETRE észleltek s nézetem szerint ezzel az elhalással van összefüggésben az általam már többször hangoztatott jelenség, hogy a peritoneum fertőzöttségének esetén a bántalom lelegején, midőn még a physicalis tünetek egyáltalán jelen sincsenek: a vizelet csökkenése az, a mely intő jelül szolgál a kifejlődésben levő súlyos szövődményekre. A beteg teljes prima gyógyulással távozott. A kirtott bélre hívom fel a figyelmet, hogy bebizonyítsak általa két dolgot. Egyik az, hogy az incarcerationio időbeli tartamából a kizárt zsiger életképességére vagy állapotára következtetnünk nem lehet. Igen rövid tartamú kizárás után (esetemben a 7-ik órában) is lehet a kizárt bélkacs életképességében megtámadva, ha a kizáródás egynemű zsigert ér. Másodszor a kizárt kacsban igen sok s igen nagy virulentiájú mikrobák vannak. Az első esetben a gangraena azért lép fel, mert a szorítási erő direct a kacs keringésére úgy fejtheti ki hatását, hogy ott ischaemicus üszög lép fel, a második kiváltó ok relatív csekélyebb erejű kizáródásnál is gangraena okozó lehet, mert a túlsúlyra jutó mikrobákkal a phagocitosis, a visszérpangás megküzdenni nem tud s destructiv hatásuk különösen az edények mentén érvényesül. Végül ez a resecált béldarab különösen alkalmas azon sugillatiók demonstrálására, a melyekről már sok szó esett s a melyek okai annak, hogyha nem végziünk kiterjedt esonkolást az üszkös sérvnél, a beteg könnyen a perforatio áldozatául esik. Különösen látszik a bélkacs odavezető szárán a szorítási barázda felett egy ilyen sugillatio s hasonló van a mesenteriumnak tapadási helyén is, ha most már a resectio nem végeztetett volna oly nagy terjedelemben, hogy az összes és circulatiójában látszólag zavart bélrészlet ki ne irtassék, alig hiszem, hogy ez a beteg a perforatiót elkerülhette volna.

c) *Epekő miatt végzett primär cholecystotomia gyógyult esete.*
 Ez a 42 éves nő, a ki betegségét 7 évre vezeti vissza, 2 évvel ezelőtt vette észre, hogy gyakori gyomorfájdalmak lepik meg. Ezek a fájdalmak kezdetben ritkábban, később mind gyakrabban-gyakrabban léptek föl s gyakoriságuk arányában a derékra kisugárzó fájdalmak, majd napokig tartó hányingerek és hányások gyötörték. 7 évig medicinalis kezelésben részesült. Ez előtt 2 évvel én is láttam a beteget, mivel körjelzésével tisztában nem voltam, ajánlottam az osztályomra való felvételét. Akkor az én osztályomban nem bízott s több hazai kórodát keresett fel sikertelenül. Utóbbi időben állapota folyton súlyosbodott, a görcsmentes napok mind ritkábbak lettek, úgy hogy majdnem folytonos gyomorgöresök és hányás között teltek napjai. Végül felvétette magát osztályomra a következő statussal: alacsony, gracilis nő, bőr szín, látható nyákhártyák haloványak, tüdő, szív, vagy edényekben eltérés nincs. Bal pupilla ad maximum tág, fényre, a jobb közép tág, fényre, alkalmazkodásra elég jól reagál. Reflexek, látható beidegzések eltérést nem mutatnak. Járás kissé csoszogó, a beteg oly gyenge, hogy alig vonszolja magát. Szellemi működése lehangolt. Emlékezése jó.

Felfűjt gyomor alsó határa a köldök fölött 3 haránt újjnyival, ugyanígy sondavizsgálattal is. A próbareggelire való gyomormosásra alig evőkanálnyi, kissé barnássárga folyadék, mely positiv sósav reactiót ad, összcaciditást sósavra átszámítva 1.6‰. Microscopium alatt semmi különös. Máj rendes határtú, ha görcsmentes, de különösen közvetlen roham előtti időszakban tapintva, a pylorus felett kissé ki- és lefelé, de az epehólyag helyének meg nem felelően, mert attól felfelé egy keményebb, rugalmas, egész lúdtójas nagyságú képlet tapintható ki, melynek a májjal összefüggése az auscultatiós percussióval meg nem állapítható. Bélsár kiürítés obstipatióra vall, bélsárban sem makro- sem microscopice különösebb nem mutatható ki.

Midőn a beteg osztályomra került, egy görcsroham harmadik napján volt, midőn is a nagy has- és derékgöresök mellett esillapíthatatlan hányingerek kínozták.

Későbbi észleletek alatt kitűnnek a következők: 2-3 napi szabad állapot után sokszor hirtelen, majd bőséges hányással kezdve, gyomortáji fájdalmak, később göresök lepik meg, a melyek kisugároznak a gerincez, sőt a keresztájtáira is, ilyenkor a beteg szerint: „vas kapesokkal szorítanak össze“, ha a roham hányással kezdődik, az rövid időn belül kínzó émelygessé, hányingerré súlyed; viszont s ez rendszeren kevésbé telt gyomor mellett történik, ha a roham émelygéssel kezdődik s közben a beteg akár italt, akár ételt vesz magához, profus hányások lépnek fel. Ezen állapot időnként csökken, előbb kimaradnak a hányások, a hányingerek, egyidejűleg a göresök is szűnnek s tűnnek el végkép. A rohamok alatt a vizelet csökken, leszáll 250, sőt 50 cm³ napi mennyiségre is, rohamok szüntével a vizelet is emelkedni kezd, úgy, hogy teljes jóllét mellett 1400-1600 cm³ napi mennyiségre emelkedik. És ez a tünet typososan dominálja a kórlefolyást, ha egy szempillantást vetünk ezen láztáblára, a melyen a vizelet napi mennyisége is ki van tüntetve, még az esetben is felismernők a görcsroham

közötti időket, ha azok jelezve nem is volnának, mert ezek a napok azok, hol igen kevés vizeletet mutat a graphikon.

Később a jobb hypochondriumbani dagon is lehet változásokat észrevenni, nevezetesen ha görcsös rohamok után tapintjuk, sokszor abszolút semmi sem tapintható ki, majd halványan érezhetővé válik s úgy látszik, hogy növekedése után rövidesen kezdődik a görcs.

Jan. 16. án rohamközben urether-katheterismust végzek, mindkét vese egyformán secernál, csakhogy a kiválasztott vizelet perczenkénti mennyisége nagyon lefokozott, ugyanekkor oly magasra viszem a sondát, a mennyire az felvihető és göröngyösséget, vagy akadályt felfedezni nem tudok. Ezen catheterismust jan. 27.-én teljes jóllét közt megismétlem, bővebb vizelet kiválasztást (perczenként 0.42 cm³-t) kapok. Az így nyert vizeletek fagy-pontja 1.4—1.7 közt ingadozik.

A diagnosis pontos felállítása ezek után kizárással történhetett. Legelőbb is a tabes dorsalis jelenlétét kellett eljtenem, a pupilla differentia, a crises gastriques-hez hasonló tünetek első sorban is a tabes gyanúját keltették fel, azonban egyéb tünet a tabes mellett nincs. Ellenben kapunk a rohamokkal kevert, szinte anuriáig fokozódott vizeletesökkenést, ez a nephrolithiasis, némileg az idegen test által feltételezett hydronephrosis, esetleg az urether-strictura mellett szólana, a cystoskop, az urether sonda, az urether katheteren kapott vizelet pontos vizsgálata ezeket megdöntötte. Ellenben mind kifejezettebbé vált az, hogy az állapot kifejlődésében nagy szerepet játszik azon olykor érezhető daganat, mely a jobb hypochondriumban van. Az is nyilvánvalóvá vált, hogy ez a daganat időnként nagyobb, időnként tapinthatatlanná válik, tehát vagy helyzetét változtatja, vagy kiürül s később ismét megtelik. A daganat ezen megjelenése után észlelt oliguria reflectoricus tünet, a fájdalmak vagy magából a daganatból indulnak ki s idegzavarok folytán pyloro-spasmust, vagy pyloro-tetaniát fejtenek ki, vagy pedig a képlet kihelyeződése az, a mi a leírt tüneteket okozza.

Ha a tumor szabályos helyen ülne, az egyszerű cholecystitis vagy pancreatitis diagnosisa már a daganat anatomiai fekvésénél fogva is megkönnyített volna, de így a képletet epehólyagnak, vagy pláne pancreasnak localisatiojául elfogadnunk igen nehezen lehet, bár ez a tény így van, még sem láttam megerősítve azt, hogy a reflectorikus jelenségek egy szolid, tömött képlet-kihelyeződésétől származhatnának, mert ha ez a daganat egy-nemű, akkor még olyankor is kiérezhetővé lett volna, ha eredeti helyére, akár a pylorus alá, akár valahová a duodenum körül visszacsúszott volna; de ha egyszer ez a képlet eltűnt, még narcosisban sem volt fellelhető egészen az újabb roham prodromalis tünetéig, ekkor kiérezhetővé lett. Ez az észlelet megerősített abban, hogy ez a képlet nem egy egy-nemű compact tömeg, hanem olyan valami, a melynek nagysága, teltsége, feszessége időnként fokozódik, tehát nő, időnként apad, kisebbedik, sőt látszólag el is tűnik. Tehát ennek egy olyan cystának kell lennie, melynek physiologicus-vagy talán pathologicus elvezető nyílása, vagy csatornája van. Ez a cysta időnként kiürül, ekkor nyugalmi állapot van, majd fokozatosan telik s elérve

a teljesen kitöltött, vagy azon felüli állapotot, a rohamok kiváltatnak s a göresök tartanak mindaddig, míg a cysta tartalma lefolyást nem nyer.

E közben tiszta meggyőződést szereztem arról, hogy a daganat mindig egy és ugyanazon helyen tapintható ki, a miből következtettem, hogy a képlet legalább is annyira rögzített, hogy már pár cm. kilengést sem tehet meg. Ezek előre bocsátása után, a kórállapot meghatározása következőkép alakult ki: Az elsődleges pancreatitist vagy pancreas cystát ki kell zárunk, azon kiérezhető daganat a megtelt, feszülő epehólyag, a mely oly fokban elzárva nincs, hogy epfelszívódás, tehát icterus fejlődjék ki, tekintettel a beteg állandó láztalan állapotára, kimondhattam, hogy az epehólyag nincs fertőzve, egy egyszerű cholecystitis van jelen, melynek oka akár az epehólyag atypicus fekvéséből származó megtöretés, vagy egy homok óra alakú epehólyag, vagy pedig lehet, sőt valószínű is, hogy az epehólyag atypusos fekvése csak másodlagos jelenség s a cholecystitis kiváltó oka egy, az epehólyagban fekvő kő. Ez a kő hozta aztán létre az epehólyag gyúladását, később a pericholecystitist, mely aztán olyan lenövéseket hozott létre, melyek az epehólyag természetellenes fekvését vonták maguk után. Tekintve a bél-sárnak epéköre mindig negatív értékű vizsgálatát is, mondhatom, hogy az epehólyagban egy kő van, s az meglehetősen nagy és mobilis.

Tudva a cholecystitis calculosa, a pancreatitis s az idők folyamán ezek következtében fellépni szokott pylorus hegek közötti összefüggést, tekintettel továbbá a baj 7 évig való fennállását, mely elég időt adott a különböző összenövésekre: bár támpontom nem volt a gyomornak más, mint reflectorius zavaraira, mégis a hasüreg megnyitásának helyét olyan helyre kellett tennem, hogy szabad belátást kapjak az egész hasüregbe s e mellett ha szükség, egy egyszerűen s könnyen alkalmazható pótmetszéssel a hasüreg, különösen a máj s körülöttei részek könnyen kézbe kaphatók legyenek.

Ilyen tervvel fogtam hozzá a múlt hó 8-án végzett hasmetszéshez, melyet mély chloroform narcosisban eszközöltem s megnyitottam a hasüregt a középvonalban. Mindjárt a peritonealis üreg megnyitása után kitűnik, hogy a gyomor alig valamivel tágultabb, pylorus ép, az epehólyag felfelé csapott s pár cm. hosszúságban a máj éléhez nőtt, jóval nagyobb a rendesnél, közel tojás nagyságú, az epehólyag nyakán a ductus cysticus egy nagyobb kiöblösödést mutat, ebben mozgatható egy nagyobb kő. Pancreas, valamint a környi részek épek. Az epehólyagot szabadabbá teendő — egy 7 cm. hosszú harántmetszést eszközöltem, a májat felhúztam, az epehólyagot róla lefejtettem s a funduson csapoltam, a mikor is 40 cm.³ részben halvány sárga nyúlós nyák, részben tiszta epe szívódott ki. Ezután óvatosan fölhasítottam az epehólyagot, hogy a követ kihúzhassam. A kivonás a kő puhasága miatt kissé nehezen ment, mert már igen kicsi nyomásra porlani kezdett, végül sikerült egy nagyobb mogyorónyi követ kivonni s ezenkívül 120 zsemlekása — egész kisebb borsónyi darabot távolítottam el, úgy, hogy a kő nagyságát ezekből kiszámítva, nagy olasz mogyorónyira kell tennünk. Ductus cysticusban, valamint a choledochusban, melyet DOLLINGER ajánlatára a Foramen Winslowiin át vizsgáltam, kő nem volt tapintható. Varrat. Kellő toilette

után az epehólyag sülyesztése, mire a máj sebéet selyemmel egyesítem. Vérzés nem lévén, a peritonealis drain fölöslegesnek látszott s ezért a hasüreget rétegenként elzártam.

Egyszerűbb s talán veszélytelenebb eljárás lett volna az, hogy az epehólyagot a hasfalhoz kivarrrjam s az epehólyag megnyitását csak akkor eszközöljük, ha már hashártyai tapadása van. Miután a cholecystitis nem volt septicus alapú, mi sem állott útjában, a primär cholecystotomiának, a beteg kellő asepsis mellett veszélynek nem tétetett ki, ezek mellett a cholecystotomiát követő epehólyag sipolytól eltekintve, az elsődleges epehólyag-metszésnek van egy határozott előnye s ez az, hogy a primär-metszést oly határok között végezzük s oly óvatosan végezhetjük, hogy az epehólyag és a vezetékek edényzetében kárt nem teszünk. Nem indifferens valami az epehólyag, a ductus hepaticus, choledochus és cysticus edényzetének sértése az azt követő táplálkozási zavarok miatt. A beedényezés az ütő- és vivőereknek az epehólyaghoz és a vezetékekhez való viszonya igen nagy változást mutat s itt bemutatom azokat a rajzokat, a melyeket a baltimorei JOHN-kórház 1900-iki évkönyvéből rajzoltam le. Látható ebből, hogy 50 configuratio az, mely gyakoribb s csak ezen szám számbavételével tűnik ki még jobban az, hogy mennyivel reálisabb az epehólyagot ép edényzetének sérülését elkerülendő kellő látással és tapintással való ellenőrzés mellett, megnyitni. Azzal az 50 tyussal az epehólyag sebészetében számolni kell.

A műtétet síma gyógyulás követte, a rohamok megszűntek, az étvágy megjött, a vizelet kiválasztás rendes lett s most 7 év súlyos szenvedés reconvalescense ez a szegény nő.

Hozzászól PURJESZ tanár és UDRÁNSZKY tanár.

3. HEVESI IMRE dr. előadása: „*A csípőizület világra hozott ficzamá-
nak keletkezését és gyógyítását illető újabb adatok.*“

Több, kezelés alatt álló és gyógyult eset, illetve a róluk készített, nagyobbára sztereoszkópos Roentgenképek bemutatásával demonstrálja a következő elveket. A vértelen visszahelyezés után általában elégtelennek tartja a rögzítés szokásos 5—6 hónapi időtartamát. Nevezetesen kiemeli, hogy az első állásban sokkal tovább kell a végtagot megtartani, mint a szülők által kívánt 2—3 hónapig. Ennek a rövid időnek tulajdonítja, hogy sok esetben a bonczani repositio később transpositióba megy át. A mint már két év előtt kifejtette, a távolítást csak akkor kell csökkenteni, ha az időközönként meg-ejtett Roentgen-vizsgálat az izvápa fedelének kiképződéséről tesz tanúságot. Hogy a korai abductio-esökkentés relaxálást okozhat, arra nézve bemutatja egyik esete képeit, melynél a jól kivitt repositio után négy hónapra relaxatio állott be és pedig azért, mert a szülők gondatlansága miatt meglágyult kötés idején nem volt megújítható. Másik esetben a szülők kívánságára kellett az első állást idő előtt elhagyni, minek következménye a kétoldali ficzam, egyik oldalán a czombcsont kissé előre felfelé esúszott, vagyis transpositióban áll. Igaz, hogy a működési eredmény jó, de még sincs vele megelégedve. Minden esetben az ízület tökéletes, bonczani újraképződését óhajtja elérni. Ezt lehet is, de úgyszólván ki kell erőszakolni.

Az ízület csak akkor lehet szilárd, ha az izvápa eléggé kimélyül, illetve ha a fedele jó szélesen újraképződik. Azért kell a czombot az első állásban sokáig rögzíteni, hogy a terhelés csontképződésre ingereljen. Bemutat egy 7 éves fiút, kinél 9 hónapi első állásban tartott rögzítés után az újonnan képződött izvápa mélyebb, fedele szélesebb, mint az ép oldalon. Még ennyi idő is elégtelen lehet. Egy három éves leánykát mutat be, a kinél kétoldali ficzam miatt már 13 hónap óta tartja fenn az első állást; a Roentgenkép még mindig nem mutat elégséges csontosodást arra, hogy az abductio csökkentésére gondolhatna.

Kiemeli továbbá, hogy a Roentgenképeken rendszeren az látszik, hogy féloldali ficzam esetén is a klinikailag ép oldalon az izvápa a rendesnél sekélyebb, fedele nincs egészen szélesen és élesen kifejlődve. Erre először HOFFA lett figyelmessé, de nem vonta le belőle a következtetést. A deformitás eredetét magyarázó elméletek bírálatánál HOFFA azt a magyarázatot adja, hogy a czombesont — az ébrényi élet valamely szakában, térhiány miatt — az izvápa mellett növéseében elhalad s a vápa aztán a fejlődésben visszamarad, mivel az izfej nyomásának élettani ingere hiányzik. Szóló szerint a lelet inkább a mellett szól, hogy a vápa elégtelen fejlődése az elsődleges. Ez világra hozott hajlamot involvál, melyből annak foka szerint ficzam lesz, vagy esetleg nem lesz.

Hálásan emlékezik meg főnökéről, BRANDT tanár, miniszteri tanácsosról, a ki klinikája folytonos fejlesztését tartva szem előtt, egyéb felszerelés mellett a Roentgen-laboratorium tökéletesítésében is párhuzamot kíván tartani a technika haladásával és így lehetővé tette a most bemutatott szép sztereoszkópos képek elkészítését.

4. VERESS ELEMÉR dr. „*Adatok az izommerevedés lefolyásának ismeretéhez*” czímen tart előadást. (L. Értesítő 1–20. lapjain.)