

É R T E S I T Ő

AZ ERDÉLYI MÚZEUM-EGYESÜLET
ORVOSTUDOMÁNYI SZAKOSZTÁLYÁBÓL.

XXXVI. évfolyam.

1911.

XXXIII. kötet.

KIADJA AZ ERDÉLYI MÚZEUM-EGYESÜLET.

Szerkeszti a szakosztályi választmány nevében: SZABÓ DÉNES.

III. FÜZET. TARTALOM: ISSEKUTZ BÉLA dr.: Az érző idegvégeket bénító gyógyszerek együttes alkalmazásánál fokozódik-e azok hatása? 267—272. l. — Szakülések jegyzőkönyvei (XV. október 14-én—XXII. Deczember 9-én) 273—290. l.



SITZUNGSBERICHTE DER MEDIZINISCHEN SEKTION DES ERDÉLYI MÚZEUM-EGYESÜLET (ERDÉLYER MUSEUM-VEREIN).

XXXVI. Jahrgang.

1911.

XXXIII. Band.

AUSGABE DES ERDÉLYI MÚZEUM-EGYESÜLET.

Redigiert im Namen des Sektions-Ausschusses von: D. v. SZABÓ.

III. HEFT. INHALT: Dr. B. ISSEKUTZ: Wird die Wirkung verschiedener Anästhetika bei gleichzeitiger Anwendung gegenseitig unterstützt? S. 43—45. — Sitzungsberichte (XV. am 14-ten Oktober—XXII. am 9-ten Deczember) S. 46—53.



KOLOZSVÁR,

NYOMATOTT AJTAI K. ALBERT KÖNYVNYOMDÁJÁBAN.

1911.

Kivonat az E. M. E. orvostudományi szakosztályának ügyrendjéből.

2. §. A szakosztály célja: a) az orvostudományok művelése. b) Az ügyfelek közötti összetartás erősítése és fejlesztése.

3. §. A szakosztály e célból időszakonként üléseket tart, melynek tárgyát bemutatók (betegek, eszközök, készítmények) és előadások képezik. Az előadások tárgyát önálló vizsgálatok, összefoglaló tanulmányok és orvos-társadalmi kérdések képezhetik, a melyek során eszmecsere, megvitatás indulhat meg.

4. §. A szakosztály tagjai azok, a kik az E. M. E. rendes tagjai közé belépve, belépésük alkalmával az alapszabályok 16. §-a értelmében kijelentik, hogy az orvostudományi szakosztály működésében kívánnak résztvenni.

5. §. A tagok jogait és kötelességeit az E. M. E. alapszabályainak 54.—58. §§-ai szabják meg.

17. §. A szakosztály folyóirata: „Értesítő az Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztályából” címen több, 2—3 íves füzetben, lehetőleg sűrűn, de előre meg nem határozott időben jelenik meg. A czímlapon fel kell tüntetve lennie, hogy „kiadja az Erdélyi Múzeum-Egyesület.” E folyóirat tartalmazza azokat az értekezéseket, melyek a szakülések elé kerülnek, a mennyiben közlésüket az Értesítő terjedelme megengedi, továbbá a szakosztály közgyűléseinek és szaküléseinek jegyzőkönyvét, valamint esetleg a szakosztályt egyébként érdeklő közleményt.

18. §. A szakosztály választmánya a folyóirat szerkesztésére egy szerkesztőt választ három évi tartamra, a ki a füzetek gondos kiállításáért felel.

19. §. A szakosztály választmánya évenként meghatározza költségvetésében az Értesítőre fordítható összeget.

20. §. Az Értesítőben megjelenő értekezésekért tiszteletdíj jár, a melyet a választmány a viszonyok szerint határoz meg és a határozatát az Értesítő borítékán közli. Egy-egy értekezésből két ívnél több nem díjazható; ha pedig valamely értekezés három ívnél többre terjedne, ezen többlet nyomdai költsége az illető szerzőnek két év után járó tiszteletdíjából levonatik. A szakdolgozatok csak azon esetben díjaztatnak, ha a szakosztály Értesítőjében jelennek meg először. A különlenyomatok csak a szerzők költségére adhatók ki. Aruk a szerzők tiszteletdíjából levonatik.

Tudnivalók.

A szakosztály, közgyűlésének határozata alapján, az Értesítőben megjelent értekezésekért egyelőre tiszteletdíjat nem fizet.

Új tagok az Értesítő 1876., 1877., 1878.-ki folyamának egyes fűzött példányaikat két-két koronáért, az 1883—1895-ki folyamokat 4—4 kor.-ért a titkári hivatal útján megszerezhetik.

Az Erdélyi Múzeum-Egyesület kiadásában megjelent egy hátrahagyott műve *Herbich Ferencz* dr.-nak: **Paläontologiai adatok a romániai Kárpátok ismeretéhez.** I. A Dambovitia forrásvidékének krétaképződményei, 17 könyvnyi táblával, magyar és német nyelven. E munka bolti ára 3 korona, az egyeslet tagjainak azonban csak 2 korona, mely összegnek beküldése után bérmentve megküldjük azt a megrendelőknek.

A külön lenyomatok ára (lapszámozva, borítékkal, füzve) a következőre van szabva:

25 példány	1/4 íves	2 k 50 f.	25 példány	3/4 íves	5 k 50 f.
50	" "	3 k 20 f.	50	" "	7 k 60 f.
100	" "	4 k — f.	100	" "	9 k 90 f.
25	" 1/2 "	4 k — f.	25	" 1/1 "	7 k f.
50	" "	5 k 40 f.	50	" "	8 k — f.
100	" "	6 k 80 f.	100	" "	10 k 80 f.

Több íves füzeteknél a második sat. ívek 25% engedménnyel.

100 példányon felül, a második sat. 100 példánynál még külön 10%.

Külön czímlap: 25 pld. 2 kor. — 50 pld. 2 k 50 f. — 100 pld. 3 k. 50 f.

ÉRTESÍTŐ

AZ ERDÉLYI-MÚZEUM-EGYESÜLET ORVOSTUDOMÁNYI SZAKOSZTÁLYÁBÓL.

XXXIII. kötet.

1911.

III. füzet.

KÖZLÉS A KOLOZSVÁRI FERENCZ JÓZSEF TUDOMÁNYEGYETEM
GYÓGYSZERTANI INTÉZETÉBŐL.

Igazgató: DR. LÓTFI JÓZSEF ny. r. tanár.

Az érző idegvégéket bénító gyógyszerek együttes alkalmazásánál fokozódik-e azok hatása?

DR. ISSEKUTZ BÉLA intézeti tanársegédttől.

Az útbóbbi években számos dolgozat jelent meg, melyben megállapították, hogy a központi idegrendszerre ható gyógyszerek, különösen a narcoticumok hatása együttes alkalmazásuknál nem csak összegeződik, hanem sok combinatióban 30—50%-al fokozódik. A körzeti idegvégződésekre ható gyógyszereket azonban ilyen irányban még nem vizsgálták meg; pedig elméletileg igen érdekes s gyakorlatilag sem minden haszon nélkül való annak a kipróbálása, hogyan viselkednek ezek a gyógyszerek együttes alkalmazásuknál: hatásuk csak összegeződik-e vagy itt is mutatható ki fokozódás.

Ebből a czélból a helyi érzéstelenítőket választottam, melyek hatása aránylag a legkönnyebben figyelhető és mérhető meg.

Kísérleteimhez közép nagyságú békákat (*rana esculenta*) használtam oly módon, hogy fejüknél fogva felfüggesztettem őket és a bal hátsó lábukat 5 cm³ meghatározott %-ú érzéstelenítőt tartalmazó vízben áztattam, a jobb lábat ellenőrzésül használtam. Bizonyos idő eltelte után az érzéstelenítő folyadékot eltávolítottam, lemostam és sav-oldatba mártva a végtagot, vizsgáltam a bőr érzékenységét. Az egészséges béka a normalis egészen egyötöd normalis sósav-oldatból 1—2 másodperc mulva,

a tizednormalis oldatból ellenben sokszor csak 5—10 másodperc múlva rántotta ki a lábát.

Ezért a vizsgálatot mindig normalis sósav-oldattal végeztem; az igaz, hogy ennek az volt a hátránya, hogy egy láb bőrének érzékenységét egyszer, legfeljebb kétszer vizsgálhattam meg, mert az ilyen tömény sav-oldat 2—3-szori bemártásnál már erősen csökkenti a bőr érzékenységét. „Teljes anaesthesiának“ azt a hatást jeleztem, mikor az állat a normalis sav-oldatból lábát 1 perc alatt sem rántotta ki.

Kísérleteim első sorozatában azt vizsgáltam, hogy melyik a Cocain, Eucain B, Novocain és Antipyrin az a leghígabb oldata, melyben 30 perczig áztatva a béka lábát, az teljesen érzéstelen lett. Azért kellett ilyen hosszú időt választanom, mert az antipyrin csak igen lassan szívódik fel a béka bőrén, pl. 5 perczig tartó áztatás után még 10%-os oldata is hatástalan, holott fél órai áztatás után már 5%-os is teljes anaesthesiát okoz.

A többi érzéstelenítőknél is azt tapasztaltam, hogy minél hosszabb ideig hatnak bizonyos határig, annál hígabb oldat elégséges a teljes érzéstelenítésre: pl. a Cocain 8%-os oldata 10 percznyi áztatás után hatástalan, 20 percznyi áztatás után ellenben teljes anaesthesiát okoz és fél órai áztatásnál már 3%-os oldat is teljes hatású, de a 2%-os oldat még egy órai áztatás után is hatástalan; a 2·5%-os oldat pedig fél órai áztatásnál sokszor érzéstelenít, de némelykor nem stb.

Számos és sokszor megismételt kísérleteim eredménye az volt, hogy a *Cocain* 2·5%-os, *Eucain B* 3·2%-os, *Novocain* 6·0%-os, *Antipyrin* 5%-os oldata a leghígabb, mely még 30 perczes áztatás után teljes anaesthesiát okoz.

Kísérleteim második sorozatában két-két anyagot oldottam 5 cm³ vízben s kerestem leghígabb érzéstelenítő oldat hány %-a kell az egyikből és hány %-a a másikkól, hogy teljes anaesthesia legyen. Ha ennek a két %-nak összege 100, akkor a két anyag hatása csak összegeződött, ellenben a mennyivel kevesebb 100-nál, annyival fokozták egymás hatását.

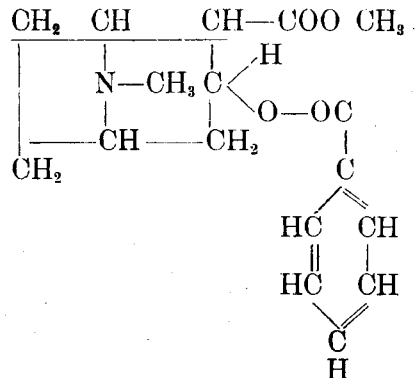
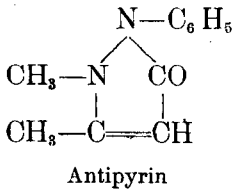
1. 1·5 ^o / _o Cocain oldat	}	2·5 ^o / _o -nak 60 ^o / _o -a+
2 ^o / _o Novocain „		6·0 ^o / _o -nak 30 ^o / _o -a 60 ^o / _o + 30 ^o / _o = 90 ^o / _o
Hatástalan.	}	
2. 1·5 ^o / _o Cocain oldat		60 ^o / _o -a
+2 ^o / _o Novocain „		30 ^o / _o -a; összesen 90 ^o / _o
Hatástalan.	}	
3. 1·5 ^o / _o Cocain oldat		60 ^o / _o -a
+2·5 ^o / _o Novocain oldat		41 ^o / _o -a; összesen 101 ^o / _o
Teljes anaesthesia.	}	
4. 1·5 ^o / _o Cocain oldat		60 ^o / _o -a
+2·5 ^o / _o Novocain oldat		41 ^o / _o -a; összesen 101 ^o / _o
Teljes anaesthesia.	}	
5. 1 ^o / _o Cocain oldat		40 ^o / _o -a
+1·5 ^o / _o Eucaïn oldat		46 ^o / _o -a; összesen 86 ^o / _o
Hatástalan.	}	
6. és 7. Az előbbinek ismétlése hasonló eredménnyel.		
8. 1·2 ^o / _o Cocain	}	48 ^o / _o -a
+1·8 ^o / _o Eucaïn		56 ^o / _o -a; összesen 104 ^o / _o = Teljes anaesthesia
9. 1 ^o / _o Cocain	}	40 ^o / _o -a
2·4 ^o / _o Antipyrin		48 ^o / _o -a; összesen 88 ^o / _o = Teljes anaesthesia
10. {	}	
11. { Az előbbiek		
12. { ismétlése.		
13. 1 ^o / _o Cocain	}	40 ^o / _o -a
+2 ^o / _o Antipyrin		40 ^o / _o -a; összesen 80 ^o / _o = Teljes anaesthesia
14. Az előbbi ismétlése	}	
15. 0·8 ^o / _o Cocain		32 ^o / _o -a
+1·6 ^o / _o Antipyrin		32 ^o / _o -a; összesen 64 ^o / _o = Teljes anaesthesia
16. Az előbbi ismétlése	}	
17. 0·7 ^o / _o Cocain		28 ^o / _o -a
+1·33 ^o / _o Antipyrin		26 ^o / _o -a; összesen 54 ^o / _o = Teljes anaesthesia
18. 0·6 ^o / _o Cocain	}	26 ^o / _o -a
+1·33 ^o / _o Antipyrin		26 ^o / _o -a; összesen 52 ^o / _o = Hatástalan
19. 1·4 ^o / _o Eucaïn	}	43 ^o / _o -a
+2·0 ^o / _o Novocain		30 ^o / _o -a; összesen 73 ^o / _o = Teljes anaesthesia
20. Az előbbi ismétlése	}	
21. 1·2 ^o / _o Eucaïn		37·5 ^o / _o -a
+2·0 ^o / _o Novocain		30 ^o / _o -a; összesen 67·5 ^o / _o = Teljes anaesthesia
22. Az előbbi ismétlése	}	
23. 1 ^o / _o Eucaïn		31 ^o / _o -a
+2 ^o / _o Novocain		30 ^o / _o -a; összesen 61 ^o / _o = Hatástalan
24. 1·2 ^o / _o Eucaïn	}	37 ^o / _o -a
+1·6 ^o / _o Antipyrin		32 ^o / _o -a; összesen 69 ^o / _o = Teljes anaesthesia
25. Az előbbi ismétlése	}	

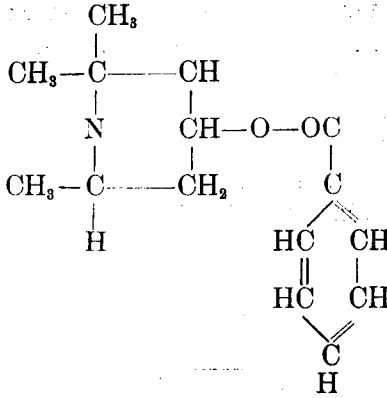
26. 1% Eucain	} a leghigabb érzéstelenítő oldatok	31%-a
+16% Antipyrin		30%-a; összesen 61% = Teljes anaesthesia
27. Az előbbi ismétlése		
28. 2.5% Novocain		41%-a
+2% Antipyrin		40%-a; összesen 81% = Teljes anaesthesia
29. Az előbbi ismétlése		
30. 2% Novocain	30%-a	
+2% Antipyrin	40%-a; összesen 70% = Teljes anaesthesia	
31. Az előbbi ismétlése		Hatástalan
32. " " "		"

Vagyis Antipyrin a Cocain hatását $100 - 54 = 46\%$ -al fokozta
 " az Eucain B " $100 - 61 = 39\%$ -al "
 " a Novocain " $100 - 81 = 19\%$ -al "
 az Eucain B a Novocain " $100 - 67.5 = 32.5\%$ -al fokozta
 Ellenben a Cocain és Eucain B, továbbá
 a Cocain és Novocain hatása csak összegeződött.

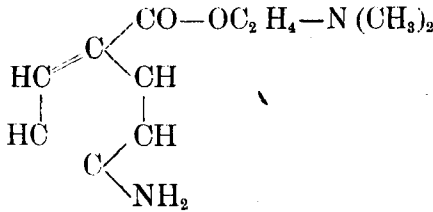
A helyi érzéstelenítők tehát némely combinatióban fokozzák egymás hatását s így BÜRGYI prof. az a tétele, hogy egy pharmacologiai csoportba tartozó gyógyszerek hatása csak összegeződik, de nem fokozódik, nem állhat meg.

Mivel kétségtelen, hogy a gyógyszerek hatása és chemiai szerkezete között szoros összefüggés van, természetes az a törekvés, hogy a vegyi szerkezetükből igyekezzünk arra is magyarázatot kapni, hogy miért fokozzák egyes combinatióban egymás hatását:





Eucain B.



Novocain

Az, hogy az Antipyrin fokozza a Cocain, Eucain és Novocain hatását, könnyen érthető, mert hiszen az Antipyrin structurája igen lényegesen különbözik a többiétől.

A Cocain és Eucain között az a különbség, hogy az Egonim mag pyrrolidin gyűrűje az útbibiban megszakadt, tehát eléggé jól lehetne a szerkezetük nagyfokú hasonlóságával magyarázni azt, hogy egymás hatását nem fokozzák.

A Cocain és Novocain szerkezete között látszólag igen nagy a különbség, de ha tekintetbe vesszük, hogy a novocainban is megtalálható az az atomeconfiguratio, a mely szükséges a Cocain érzéstelenítő hatásának létrejöttéhez = a benzoosav és egy alkyl gyök esterének jelenléte, még itt is elfogadható az a magyarázat, hogy nincs a kettő között olyan szerkezetbeli különbség, mely fokozódásra adna okot.

Tehát ebben a tekintetben a Cocain szerkezete egyenlő lenne az Eucain szerkezetével és egyenlő lenne a Novocain szerkezetével is, de akkor az Eucain és Novocain szerkezete között sem lehetne olyan különbség, a mely fokozódásra adna okot. Pedig van, mert erősen fokozzák egymás hatását.

Ez az egy tény bizonyítja a legjobban, hogy milyen nehéz a fokozódásra magyarázatot találni.

Jegyzőkönyvek

az „Erdélyi Múzeum-Egyesület“ orvostudományi szakosztályának szaküléseiről.

XV. szakülés 1911. október hó 14.-én.

Elnök: DAVIDA LEO.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. Elnök felolvassa PURJESZ ZSIGMOND tanár következő levelét: „Kolozsvárról távozván, le kell mondanom az E. M. E. orvosi szakosztályának elnöki tisztéről. Midőn arra kérek, hogy a lemondást a közgyűlésnek bejelenteni légy szíves, nem tehetem ezt anélkül, hogy egyidejűleg arra is ne kérjelek, miszerint légy szíves úgy a közgyűlésnek, mint a szakosztály minden egyes tagjának köszönetemet tolmácsolni azért a bizalomért, mellyel engem kitüntetni és azért a támogatásért, melyben engem részesíteni kegyesek voltak. Szerencsésnek érzem magam, hogy az Elnöki tisztségtől való megváltás nem gátol abban, hogy a szakosztálynak továbbra is tagja maradhatok és így az a kötetlek, mely annyi éven az orvosi szakosztályhoz fűzött, továbbra is fennállva, lebetővé teszi, hogy a szakosztály munkálkodásában — ha megszakításokkal is — mint közkatona részt vehetek.

Úgy neked, mint társelnöknek, mint a szakosztály minden egyes tagjának újra fejezve ki őszinte köszönetem, vagyok őszinte barátod Dr. PURJESZ ZSIGMOND.“

Elnök indítványára a szakosztály egyhangúlag kimondja, hogy PURJESZ tanár érdemeit jegyzőkönyvében megőrökíti, búzgó működéséért köszönetet mond, sajnálatát fejezi ki eltávozása és lemondása miatt és arra kéri, hogy ígéretéhez képest a szakosztály munkásságában ezután is vegyen részt.

II. VIDA KOVICH KAMILL. *Májszakadás gyógyult esete.* 13 éves lovász fiút mutat be, kit szept. 21.-én d. e. reggel 8 órakor a jobb ágyéka táján ló rugott meg. A sérülés után saját lábán ment még az istállóba, hol lefeküdt és hideg vizes borogatást rakott a rugás helyére. Fájdalmai dél felé hevesebbek lettek, ebédjét annak elfogyasztása után azonnal kihányta, a délután folyamán még többször hányt, hasa

megpuffadt és fájdalmas lett; másnap hányása megszűnt, de a has puffadtsága, valamint fájdalmai fokozódtak; sem széke nem volt, sem szelek nem távoztak. A Klinikára csak harmadnap, a sérülés elszívása után 51 órával hozták, a következő állapotban:

A fiú nyugtalan, kissé elesett, anaemiás külsejű. Légzése mellkasi jellegű, perczenként 40. Pulsusa szabályos, kis hullámú, perczenként 102. Hőmérséke 37·8°.

A jobb tüdő határai egy bordaközze magasabban állanak.

Hasa puffadt, feszes, elődomborodó, nyomásra különösen felső részeiben érzékeny. A máj- és léptompulat kikopogtatható. Rendellenes tompulat vagy resistentia a hasban nem észlelhető. Korgás, rendellenes bélmozgások nem vehetők észre. Végbele, a Douglas üre üres; vizeletében rendellenes alkatrészek nem találtak és állítólag nem volt véres.

Az anaemia, az érzékenység a has felső részei felett, a reflectoricus hasfal feszesség, a belek pareticus állapota, a beteg elesett volta belső has sérülésre engedett következtetni, mely egyrészt vérzéssel járt, másrészt a peritoneum izgalmaéhoz vezetett. A has jobb oldalán szenvedett lórugás, a fájdalom punctum maximuma a has felső részében, a heveny vérszegénység gyanúkat esetleges májsérülés felé terelte. Ez a MAKARA tanár úr által a felvétel után azonnal végrehajtott műtételnél beigazolást is nyert. A hasüreget MAKARA tanár úr, egy a jobb bordaív szélével párhuzamos metszéssel nyitotta meg; a hasüregben mintegy 2—3 deciliter folyékony fekete vér volt, egyik bélcaeson egy lencsényi, makroszkopikusan májszövetnek látszó, sárgás, erősen odatapadt szövetrészlet volt látható. A máj átvizsgálásánál kiderült, hogy annak elülső convex felszínén, közel a tetejéhez egy harántirányban haladó kb. 10 cm. hosszú és 2 cm. mély repedés érezhető. Ezt, mivel e része a májnak csak körülményesen tehető szabaddá és mivel a vérzés már nagyjában megállottnak látszott, jodoformgaze csíkokkal tamponáljuk, ezek végeit a hasüregből kivezetjük. A hasfalat az ezek számára szabadon hagyott újjnyi vastag nyílásig rétegesen zárjuk. A tamponokat 7. ik nap eltávolítjuk. A seb per primam gyógyult.

Epikrisis. Ha az esetet diagnostikai szempontból figyelembe vesszük, azt kell bevallanunk, hogy itt is, mint hasonló sok esetben, biztos jellel, mely a máj sérülésére utalt volna, nem rendelkezünk. Tudvalévő dolog, hogy sok klinikailag fel nem ismert esetben csak az autopsia derítette ki a máj súlyos roncsolását. Rendesen csak a belső sérülésre utaló tünetek azok, melyek a sebésznek a kést adják a kezébe, ezek pedig tekintve azt, hogy a máj sérülést rendszeren nagy erejű traumák — lórugás, elgázolás, magasról való leesés az oldalra vagy a hasra stb. — okozzák, rendszerint elég manifest módon nyilvánulnak. Ezek közül esetünkben az érzékeny-

ség, a reflectorikus hasfalmerevség, a belek paresise és az anaemia voltak szembeötlők. Az *érzékenység*, ha a máj tájra localisálódik, fontos kóriszmés adatnak tekintendő, bár nem szabad felednünk, hogy az a traumának a has vagy thorax falon okozott sérüléseitől is lehet feltételezve. A *hasfal reflectorikus merevsége* — melynek nagy fontosságát nem kell külön említeni — nem képezi a májsérülés specificus tünetét; hasonló jelentőséggel bír a *belek paresise* is. Inkább jellegző az anaemia, ha biztosan tudjuk, hogy a trauma a máj táját érte. A tompa rázódások nyomán, melyek a hasat érik, nagyobb *vérzések* a parenchymás szervekből, máj, lép és veséből szoktak keletkezni. A lép vérzései a has bal oldalán beható traumák után lépnek fel. MALGAIGNE szerint a máj részeivel szemben, melyeknek vérömlenye a caecum és mesenterium miatt csak az ileocoecalis árokig terjednek, arról ismerhetők fel, hogy lefolynak egész a Douglas ürgé, és azt töltik ki. A vese vérzései rendszeren vérveléssel járnak és retroperitonealisak. A máj vérzéseire tehát a has jobb oldalán észlelhető haematoma a jellegző. Esetünkben ilyet kimutatni nem sikerült, valószínűleg a belek nagyobb fokú puffadtsága miatt.

Fontosnak kellett tartanunk az erő behatási helyét; a máj szalagjai által — lig. teres, lig. coronar., lig. suspensor., — annyira rögzített szerv, hogy az erő irányából kitérni nem képes, a mellett szövete elég lágy és rugalmas elemeket nem tartalmaz. SCHLATTER szerint a gyermek mája különösen szakadékonny.

Egyes észlelők a bradycardiát tekintik a májsérülések egyik specificus tünetének. FINSTERER 12 esetet említ, melyekben még nagyobb fokú anaemia mellett is észleltek 52—48-as pulzust percenként.

Újabb időben a szemfenéken is észleltek olyan elváltozásokat, melyeket egyenesen a máj sérülésével vélnek összefüggésbe hozhatni. TIETZE (Breslau) 2 esetben látott a retinitis albuminuricához hasonló foltokat a papilla nervi optici körül. Vajjon ezek lymphorrhagiás gyülemek, vagy tényleg retinitis albuminuricás foltok — egyik esetben nephritis állott fenn — avagy a retina olyan természetű elváltozásai, a melyeknek nagy vérvesztést szenvedett, vagy cachecticus egyéneknél ismeretesek (retinitis cachecticorum) czideig még eldöntve nincsen. A bemutatott gyermek szem fenekén semminemű elváltozás nem találtott (dr. Vicas).

Hogy haematologiai szempontból minő specificitással bírnak a máj sérülései, ez idő szerint szintén még nincsen tisztázva, de úgy látszik, hogy a vér nagyobb arányú elváltozásokat mutat, mint a melyeknek a nagy vérvesztéssel járó feltételezett anaemiás állapotnak megfelelőnek. Esetünkben a felvételtkor megejtett vérvizsgálataknál — a melyet dr. HATIEGAN volt szives végezni — a fehér vérsjtek száma

19.000 volt, tehát oly magas szám, a mely egyszerűen a vérzéssel nem hozható kapcsolatba. Eosinophiliát nem lehetett megállapítani; a műtétet követő 4-ik napon a fehér vérsejtek száma 10,000-re apadt, a rendes vér képével.

Ma kb. három héttel a sérülés után nagy fokú eosinophiliát találunk (14·8%) az átmeneti sejtek kistokú és a lymphocyták mérsékelt megszaporodásával (7·2% illetve 28·6%), mi mellett a polynuclearis neutrophil sejtek tekintélyes kevesbedést mutatnak (48·4%). — Az összes fehér vérsejtek száma most 6000.

Therapiái szempontból az eset különösét nem mutat. Az elv a has megnyitása, a vérzés csillapítása és az esetleges complicatiók ellátása. A máj vérzésének csillapítására legelfogadottabb eljárás a tamponálás, ezt alkalmaztuk esetünkben is. Szövődmény más szervek részéről nem volt megállapítható.

Végezetül csak még pár szót a májsérülések kimeneteléről. — E szempontból TERRIER és AUVRAY kimutatásai érdemelnek legtöbb figyelmet, mert két részletben jelenvén meg, mutatják az ismeretes esetek kimenetelét a chirurgia haladásának két nagy időszakából. Az első statisztika az 1896-iki esztendőig közölt 56 esetről szól, a második újabb 42 esetet ölel fel, a melyeket 1896-tól 1901-ig ismertettek.

Az elsőben 32% mortalitást találunk a következő elosztással.

Szúrt és vágott sebek	26 eset	19%
Subcután májszakadások	13 „	53%
Lőtt májseb	17 „	35% halálozással.

A második kimutatásban csak 23% mortalitást látunk:

A szúrt, vágott sebek	35%
Subcután májszakadások	30%
Lőtt májsebek	35% halálozással.

EDLER, FRÄNKEL, HÜBNER statisztikái hasonlóak ezekhez.

III. DEMETER GYÖRGY: egy hirtelen halálesetről számol be és a bonczolásnál a bal tüdő *tuberculosicus barlangjában talált megrepedt aneurysmát* mutatja be.

Múlt hó eljén egy 75 éves férfi az utcán köhögés közben orrán, száján vérezni kezdett és pár perc alatt meghalt. Az orvosrendőri bonczolásnál a bőr feltűnően halvány volt és a test mélyében fekvő részein halvány szederjes hullafoltok látszottak. Az ornyílások vér alvadékokkal voltak kitöltve, az ajkak belfelületére, nyelvre, garat nyákhártyájára vér alvadékok tapadtak, a légesőben pedig habos vér volt. A jobb tüdőben elszórtan egész mogyoró nagyságú elszajtosodott góczokat találtak. A bal tüdő csúcsa és hátsó felülete a mellkas falához régi kérges álhártyákkal odanőtt; a

csúcs hátsó részén közel a tüdő hátsó felszínéhez egy gyermek ökölnagyságú sajtosan szétesett falú barlang volt, a melyet alvadásokat tartalmazó híg vér töltött ki. A barlangnak a tüdő gyöke felé eső falzatából egy aneurysma boltosodott ki, a mely a tüdőben levő barlang oldalsó kiöblösödését töltötte ki. Az aneurysma hosszukás orsó alakú zsákot képez, fala síma, halvány sárgás színű, hossza 16 cm., átmérője 8 mm. és csúcsán egy hosszanti tátongó repedés látszik. Az aneurysma a tüdőüter első ágának kiöblösödését képezi.

Az ilyen barlang falában lévő aneurysmák megrepedésére vezetnek rendszerint vissza a késői tuberculosishoz fellépő vérzések. A vérzés a repedés eldugaszolása folytán megszűnhetik, de gyakran újból jelentkezik és elvérzik az illető. Különösen veszélyesek a tüdőgyökéhez közel fekvő barlangok aneurysmái; mivel ezek megrepedésükor a legtöbbször pár perc alatt elpusztul az illető vagy elvérzés következtében, vagy pedig a vérbeszívása által előidézett fulladás miatt.

Az egészen kiesi aneurysmák nem ritkák, így WEIGERT, FRAENTZEL, MÉNÉTRIER a tüdőtuberculosis III-ik időszakában bekövetkezett elvérzések nagy részében feltalálták, a nagyobb aneurysmák, különösen az ilyen elnyúlt orsó alakúak már ritkábban fordulnak elő. A készítményt részben ezért is érdemesnek tartotta a bemutatásra.

IV. VERESS FERENCZ: *Változások a syphilis lefolyásában intensív gyógyítás következtében. Pseudoreinfekciókról és korai recidívákról.*

Szólok ismertetni a syphilis korai és erős higanyos vagy Salvarsanos gyógyítása kapcsán néha jelentkező korai recidívákat és pseudoreinfekciókat, melyeket THALMANN, BETTMANN és mások írtak le. Foglalkozik a legújabb syphilisirodalom idevágó részeivel s közül egy esetet magánpraxisából, melyben az illető *typicus sclerosis* miatt januártól május végéig erélyes higany- és salvarsankúrát végzett. Június elején az eredeti kemény fekély helyén *óriási jellemző sclerosis* fejlődött ki *negatív WASSERMANN-reactió* mellett is, elsődleges syphilis összes jellemző sajátságaival, *positív spirochaeta lelettel, regionalis mirigyekkel* stb.

Kimutatja, hogy ez a II-ik sclerosis nem *reinfekció* jele — a mint azt könnyen hinni lehetne — hanem u. n. THALMANN-féle „*Solitärsekundäraffekt*“, vagy BETTMANN-féle „*Frührezidiv*.“ Ezeknek a létrejövetelét THALMANN-al úgy képzeli, hogy a korán megkezdett, erős specifikus kúra következtében majdnem sterilisált szervezetben itt-ott, például az eredeti sclerosis helyén néhány spirochaeta marad vissza, s midőn ezek valamelyes okból felélednek, akkor a majdnem sterilisált szervezetben olyan elváltozásokat hozhatnak létre, mint az első fertőzés alkalmával.

Ilyen esetekben azonnal erélyes higanykúrát rendel s általában sok egyéb körülményen kívül az elmondott esetből is azt a tanú-

ságot vonja le, hogy a Syphilis gyógyításában ne bízzuk magunkat csupán a 606-ra, hanem alkalmazzuk azt higanynyal felváltva.

Ez a legbiztosabb út másodlagos sclerosisok és korai recidivák elkerülésére.

Megemlékezik még magányakorlatában észlelt néhány olyan esetről, melyekben régi, lappangó syphilis miatt EHRLICH-injectiót adott, de melyekben azok a betegek az ajánlott *higanyos* utókezelést elvégezni elmulasztották.

Hónapok múlva könnyebb természetű agyi tünetek léptek fel, melyek esetleg szintén a THALMANN elmélet szerint létre jött korai agyi recidivákként foghatók fel. (Megjelent az "Orvosi Hetilap" 1911. 46. sz.)

V. AUSTERLITZ VILMOS előadása: „Az orvosi terminologia.” czímen az orvosi terminologia fogyatékoságait fejtegeti. Számtalan elnevezés van az orvosi terminológiában, mely homlokegyenest ellenkezőjét jelöli a tulajdonképpeni fogalomnak. Ennek oka abban rejlik, hogy a terminus technicusok többnyire régi keletűek, mikor a klinikusok még a humoralpathológiára esküdtek és mikroskopiumot, bakteriumot még nem ismertek. Ezért hívják mai nap is az uterus nyálkahártyájának retentiós cystáit: *peték*-nek, *ovula Nabothi*, a bús komorságot *fekete epésségnek melancholia*, a csúzt *folyásnak*, rheuma.

A tulajdonneveknek térhódítása a szakkifejezésekben szintén nem kívánatos. Egyes szerzők saját magukat örökítik meg az általuk először észlelt tünettől, vagy eljárással és úgy születnek a kettős nevek: ROSER-NÉLATON-féle vonal, CHEYNE-STOKES-féle légzés, CHARCOT-LEYDEN-féle kristályok, sőt olykor hármásával is, mint pl. a JENNER-MAY-GRÜNWARD-féle oldat, vagy a WASSERMANN-NEISSER-BRUCK-féle reactio. A szókincset új igékkel gazdagítjuk, mikor a beteget röntgenezzük, finsenezzük, esmarchozzuk, bierezzük stb.

Igen sok a terminológiában már meghonosodott francia, angol, olasz, sőt német szó is. Beszélünk *fremissement catère*, *mouches volantes*, *catgut*, *gaze*, *silkworm*. *Platinöse* és *Herzfehlerzellen-ről*, holott mindezekre részben van, részben lehetne megfelelő magyar elnevezésünk is.

Kifogásolandó és zavarólag hat az a körülmény, hogy a nomenclaturában bizonyos, egy kategoriákba tartozó fogalmakra nézve megállapodtak egy egységes képzőben, csak az a baj, hogy ezt az elvet nem alkalmazzák következetesen.

Az *itis* rag pl. gyulladást jelent, mint pl. *bronchitis*, *gingivitis* stb.; de a *rachitis* és *diphtheritis* nem gyulladások. Az *-oma* rag álképleteket jelöl, pl. *chondroma*, *sarcoma* stb., de a *trachoma*, *glaucoma* nem álképletek. A *-kele* sérvekre vonatkozik, pl. *entero-kele*, *epiplokele* stb., de a *hydrokele* nem sérv.

Számos elnevezésnek két különemű, egymással semmi vonat-

kozásban nem álló jelentése van. A *ganglion* idegdúcot jelent, más részről az inak és ízületek szomszédságában fellépő kocsonyás cystákat. *Meconium* alatt a szülészetben magzatszurkot, a gyógyszer-tanban máknedvet értenek.

Különösen megrovandó az a visszaélés, mely gyógyszerkin-csünk termékeinek elnevezése körül fennáll. A vegyigyárosok naponta legióját bocsátják világgá a leglehetősebb nevű szereknek. Van pl. nervol, nervosin, nervogen, nervoform, antinervin, saninervin, neurosin, neuridin, neurilla, neurogen, neuro, neuronal, neuroton stb., de e felsorolt nevek egyike sem árulja a szer vegyi összetételét. Ajánlatos volna, ha hatósági rendelet kötelezné a vegyi gyárosokat, hogy a gyártmányaikat sohasem a szer hatása, hanem vegyi összetétele alapján nevezzék el. A magyar gyógyszerkönyv ez évben megjelent III. kiadása már ezt a szempontot méltányolta és azért szerepel benne pl. az „aspirin“ már miut „acid. acetylo salicylicum“. Ilyen óvrendszabály mellett nem nevezhették volna „sacharin“-nak a kőszénkátrány termékét, mely neve után ítélve a sacharum, azaz a cukor egyik derivatunának tűnik. De az a baj, hogy a vegyi gyárosoknak üzleti érdeken alapuló monopolizáló törekvése nem engedi, hogy ennék az óvrendszabálynak érvénye legyen.

(Megjelent „Orvosok Lapja“ 1911. 45. sz.)

XVI. szakülés 1911 október 21-én.

Elnök: KLUMÁK ADOLF.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. GÉBER JÁNOS egy 12 éves fiút mutat be, a kinél a hajzatos fejbőrön kívül egész testén kiterjedten *favus*-os elváltozások láthatók. A bemutatás az eset kapcsán foglalkozik a *favus* kérdés jelen állásával.

II. MÁTYÁS MÁTYÁS. *Multiplex juvenilis bőrszarv* esetének bemutatása.

A 7 éves leánygermeknél kb. 1 éves kora óta fejlődő részben szabályosan egyenes sorban elrendeződött, részben csoportokban álló 2 mm. — 1½ cm. hosszú szürkés-sárga kinövéseket találunk, a melyek közül a másodlagos elváltozásoktól ment területek klinikailag bőrszarvnak találtattak. Egy ily helyről készített szövettani készítmény is igazolja a diagnosist.

Az eset értékét ritkaságán kívül emeli azon körülmény is, hogy a szájban is vannak ilyen szarvszerű kinövések; ez pedig azoknak ad kezébe jelentős érvet, a kik a bőrszarv kiindulásának kezdetét a coriumba helyezik. Az egymásután való elrendeződése

e szarvaknak oly benyomást tesz, mintha a folyamat per continuitatem és per contiguitatem terjedne. Ha a verucáról némelyek feltételezik, hogy contagiosus, akkor ezen elváltozásokra is állhat ez. Egyébként az eset ezen szempontokból csak most kerül részletesebb feldolgozás alá.

Hozzászól: VERESS FERENCZ.

III. HIRSCH HUGÓ: MAKARA tanár klinikájáról 2 agyi sérüléssel *complicált koponyatörés* esetét mutatja be, melyek műtéttel gyógyultak.

Az egyik esetben $\frac{1}{2}$ óras lucidum intervallum után fellépő súlyos eszméletzavarral járó jól kifejezett agynyomási tünetek voltak jelen; a műtét a diploétól mentes koponyaesontoknak (b. o. falsont, halánték-pikkely, nyakszírti pikkely) kiterjedt, a basisra folytatódó comminutív törését, csekély lapszerű extraduralis vérömlenyt, feszes, alig pulsáló kemény agyburkot és ez alatt kb. 30—40 cm.³ nagyságú vérrel és agyronsokkal kevert roncsolásos göczot derít ki, mely helyileg a halántéki lebeny hátsó alsó részeinek felel meg. 5 nap alatt az összes tünetek visszafejlődtek. Gyógyulás.

A második esetben 1 napos lucidum intervallum után múltó agynyomási tünetek közben maradandó monoplegiája lép fel a bal felső végtagnak. Tompa zúzódás a koszorú-vascularis mögött 1 ujjal, a középvonaltól jobbra 2 harántujjal. Behatolás e helyen WAGNER f. osteoplasticus lebeny segélyével; a felemelt csontlebeny belső lemezéből fillérnyi vékony lemez van lepattanva, mely kb. $1\frac{1}{2}$ cm. hosszú rést vágott a durán, de beléje nem hatolt; a kemény agyburkok sebe alatt 10—15 cm.³ alvadt vért tartalmazó üreg. A hűdési tünetek már a műtét napján múlni kezdtek és pedig először tünt el a hüvelykujjé, sorra következtek a többi ujjak, a kéztő, majd harmadnapra az egész felső végtagját ismét használhatta.

XVII. szakülés 1911 október 28.-án.

Elnök: DAVIDA LEO.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. STEINER PÁL: *Esetek a vesesebészet köréből.*

1. *Anuria esete.* 26 éves nőbeteg 1910 októberben jobb o. pyonephrosis calculosa miatt nephrektomia műtétet végeztek. 10 hóval a műtét után anuria jelentkezett, a mely, midőn előadó a beteget látta, 5 nap óta állott már fenn. Teljes anuria, 4 nap óta mindent kihány, ideges, ingerlékeny, feszes pulsus, hőmérsék 38.2 °C, az uraemia kifejezett tünetei, súlyban 5 nap alatt 3 kg-t veszített. A bal veséről és ureterről készített x-sugaras kép kőárnyékot nem mutat.

Rögtön cystoskopiát végez előadó s a bal ureterrészből egy szolid genyecsapot lát kilógni. 7. sz. ureterkatheter felvezetésére a genyecsap részben a hólyagba esik, részben az ureterkatheteren át kiürül. Rögtön megindul az ureterkatheteren át a vizeletkiválasztás, az első órában 800 cm.,³ az első 24 órában 3 liter vizelet ürült az állandóan alkalmazott U. K.-n át. Még 24 óráig helyt hagyjuk az U. K.-t, ekkor 2 l. ürült. A vizeletben veséalakelemek nincsenek, vesemedenczehám genyesejt pozitív, (pyelitis), a vizelet $\Delta = -0.50$ °C. 3. napon vesemedenczemosást végez előadó Collargollal, azután az U. K.-t elhagyja, a betegnél rendes vizeletkiválasztás.

Jelenleg 2 hóval az anuria után a beteg jól van, súlyban gyarapodott s a beteget jó erőben (73 kg.) bemutatja.

Ezen eset ritka. Nephrektomia után 10 hóval pyelitis folytán genyecsap elzárja teljesen az uretert, ez anuriát okoz. 5 napos fennállása után uraemiás tünetek közt az ureterkatheterezés nemcsak a diagnosis megállapítására vezetett, hanem gyógyító eljárásként szerepelt.

2. *Zárt pyonephrosis esete.* A 32 éves nőbetegnek 3 év óta időnként jobb oldali vesetáji fájdalmi voltak, melyeknek jelentőséget nem tulajdonított. 1911 VII. 25.-n látta előadó a beteget, a ki akkor 5 nap óta lázas (39—40°C), időnként hidegrázás. A jobb vesetájon gyermekfőnyi daganat, melyen kifejezett „ballotement rénal” észlelhető. Ureterkatheter a jobb ureterben 2 $\frac{1}{2}$ cm.-re a hólyagtól megakad s ellenállásra talál. Röntgen itt negatív. Bal ureterbe a catheter akadály nélkül felvezethető, a bal vese vizelete normalis. A hólyagvizeletben alig néhány genyesejt. Jobb ureterből vizelet nem ürül. VII. 27-ig a vesedaganat növekedett, a kis medenczébe ér. Ezek alapján, tekintve a rázóhidegeket, zárt pyonephrosisra teszi előadó a kórismét, miért is VII. 27. nephrektomiát végez. A lefolyás zavartalan, a lázak megszűnnek s 3 hét alatt teljes gyógyulás. A beteg súlyban gyarapodott.

Ez esetben az ureter szűkülete, illetve teljes obliterációja a már 3 év óta fennálló hydronephrosis elzárására vezetett, valamely úton fertőzés társulván hozzá, pyonephrosis keletkezett zárt alakban. Az eltávolított vese tartalmában staphylococcusok voltak.

3. *Patkó-kövese esete.* 43 éves nőbetegnek már 8 éves kora óta vannak jobb oldali hasfájásai. 14 év előtt vizeletével kő távozott. Időnként kb. 4 hetenként görcsös fájdalmi voltak jobb lumbalis tájáról kisugározva, 4 hét előtt erősebb hólyagvérzése volt. Tapintásnál a hasüregben az erősen lesóványodott betegnél, a kis medence felett jobb oldalt egy v. sealakú képlet tapintható, a mely a gerincoszlop előtt átmegy a bal hasfélbe is. Ezen képlet azt a benyomást kelti, mintha a két vese alsó polusán összenőtt volna, convexitása lefelé néz. Ezek alapján patkóvesére gondolunk. A laza, sóvány

hasfalon át a jobb félben kőkemény képlet (kő) tapintható. Cystoskopiánál 2 ureterrés látszik; a jobb uretert megkatheterezve, a jobb veséből sűrű véres geny ürül, a bal ureter, illetve veséből nyert vizelet normalis. Pyonephrosis calculosa in rene arcuato körjelzéssel előadó 1911 július 17-én műtétet végez. A műtéti lelet fedí a kórismét: a jobb vesefél sorvadt és közvetlenül átmegy a balba; a jobb vesében a sorvadt kéregállományon át kő tapintható. A műtét nephrotomiából és a kövek eltávolításából, a vesemedenceze drainezéséből állott. Eltávolított egy nagy tyúktojásnyi uratkő ágakkal, a melyek a vesekelyheknek felelnek meg és egy diónyi phosphatkő a vesemedenczéből. A lefolyás zavartalan volt, a beteg 1911 szept. 9-én teljesen gyógyultan, sipoly nélkül távozott.

II. HATIEGÁN GyULA előadása: *A vérkép Morbus Basedowinél és Strumánál.*

A KOCHER által először hangsúlyozott leukopeniával párosult lymphocytosis méltatása után és az erre vonatkozó irodalom áttekintő ismertetése után 12 Morbus Basedowii és 34 nem complicált chronikus struma esetében végzett vérvizsgálatról számol be.

A 12 Morbus Basedowii 11 esetében megtalálta a tipikus leukopeniával járó lymphocytosist, 34 struma 14 esetében leukopeniát, 22 esetében relativ lymphocytosist talált, melyet 12 esetben absolut lymphocytosis kísért. Struma maligna egy esetében normális vérképet, thyreoaplasia egy esetében 61.3% relativ lymphocytosist észlelt kisleukocytosissal. Fertőző betegségekkel complicált struma egy pár esetében az illető megbetegedésre jellemző vérképet kapta. A többi sejtfeleségek közül különösen az eosinophilus sejteket követte figyelemmel. Morbus Basedowii 4, struma 16 esetében 3% feletti hypereosinophiliát észlelt. Struma egy esetében állandóan 26% körül találta az eosinophilus sejteket, melyek tömeges jelenlétét egyéb megbetegedés nem magyarázta.

A vérképet követte műtét után is. Közvetlen a műtét után leukocytosissal kapcsolatosan a polynuclearis sejtek felszaporodását, egy pár nap múlva a vérkép előbbire való visszatérését észlelte. A struma súlyossága és a vérkép súlyos elváltozása közt valamely feltűnő arányt nem tapasztalt. Miután a lymphocytárius vérképet a strumanál mintegy az esetek felében megkapta, ezt nem tekintheti a M. Basedowii oly jellegzetes tünetének, hogy akár a diagnosis, akár a prognosis szempontjából értékesíthető volna. A vérképet nem a Basedow-méreg reakciójának, hanem valamely thyreoideás zavarnak tulajdonítja.

XVIII. szakülés 1911 november 11-én.

Elnök: KLUMÁK ADOLF.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. KRCSMÉRY KÁROLY. *A veleszületett féloldali arczóriásnövés* egy esetét mutatja be. M. G. 11 éves gyermekmenhelyi fiú bal arczele születése óta eltorzult s az óriásnövés a gyermek fejlődésével arányosan növekszik. A fülből kisugárzó fájdalmakat és kellemetlen feszülési érzéseket okoz. A bal arczfél a szemöldökívtől lefelé, hátul a fülig, mellül a középvonalig terjedőleg egy félgömb alakú, lelógó daganatot képez, mely felett a bőr pigmentált s lanugóval fedett. A hypertrophisált terület elasticus tapintatú, a mélyben borsó-babnyi különálló, másutt lebenyes szerkezetet mutató egymással összefüggő, tömött, élesen elhatározott göböket érezni, melyek tapintásra fájdalmasak; helyenkint oly sűrűn fordulnak elő, hogy az alapot göröngyössé toszik. A felső szembéj lelógó, erősen duzzadt, a beteg emelni nem tudja. A bal szem látása azonban ép, látótér nem szűkült. Az orrhát balra lefelé húzott, lelapult, balfelé convex ívet képez. Bal orrszárny, orrlik mélyebben van. Orr üregeiben eltérés nincs. Szaglás tompult. Szájrés ferde, bal szájzúg mélyebben van; a felső ajak bal felében erősen hypertrophisált, ajakpír kiszélesedett. Alsó ajak elváltozást nem mutat. A bal fül jóval mélyebben fekszik, a tragus duzzanata miatt a külső hallójárat keskeny rés alakú, dobhártya ép, fülkagyló megnagyobbodva nincs. A felső állcsont fogmeder nyúlványa bal oldalt kétszer oly vastag, fogíny erősen duzzadt, fogsor szabálytalan, fogak hiányosak s legnagyobb részük csak csúcsukkal emelkedik ki az erősen duzzadt fogínyből. A kemény szájpád bal fele is résztvesz a duzzanatban, éles határral biró daganat tölti ki a kemény szájpád balfelét, mely helyenként kiüríthető. Lágyszájpad, garat képletei elváltozást nem mutatnak. Nyelv jobboldalra kitér, csupán a nyelvcsúcs balfelén van egy körülbelül mogyorónyi hypertrophisált terület. A mellkas balfelén a IV. bordáig pigmentált s a bőr alatt a fent leírt apró fájdalmas göbök érezhetők igen nagy számmal egymás mellett. Végtagok, mellüri, hasüri szervek elváltozást nem mutatnak. Roentgen kép az arczesontok kisebbfokú elváltozását és eltorzulását mutatja. A próbaexcisio szövettani vizsgálata valódi, velős hüvelylyel ellátott daganatokat mutat, laza kötőszövetbe ágyazott idegnyalábokból áll. A kötőszövet tátongó erektől szivacsos. Kórboneczteni alapon magyarázva a kórképet, elephanthiasis neuromatosa diagnosisát állítja fel. Ismerteti az irodalomban eddig leírt 8 féloldali arczóriásnövés esetet s párhuzamot von a leírt és bemutatott esete között. A féloldali arczhypertrophia aetiologiáját tár-

gyalva, megemlékezik a különböző nézetekről és esetét kóroktanilag neurotrophicus zavarokkal magyarázza. Végül a kórkép kórisméjéről és sajnos igen kevés eredménnyel kecségetető operatív gyógykezeléséről emlékezik meg.

II. DEMETER GYÖRGY sorozatos előadásának első része: *A végtagsontok születés utáni fejlődésének egyes rendellenességeiről és azok jelentőségéről. I. Alsó végtag.*

XIX. szakülés 1911 november 18-án.

Elnök: DAVIDA LEO.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. BÜCHLER DEZSŐ. *Diabetes insipidus* ritka esetét mutatja be 26 éves. III-ik hónapban gravid nőnél.

Anamnesis szerint beteg 16 éves korában létráról hátraesett a derekára, egy hét múlva, mikor hőségben a mezőre ment, nagy szomjúság fogta el és felhajtott hirtelen egy korsó vizet, mely lehetett vagy 5 liternyi mennyiségű, azóta állandóan szomjúsága van, sok vizet iszik és sokat vizek. Jelenleg két hét óta katheterrel veszik el a vizeletét, másként nem tud vizelni.

XI. 15-ikén este vétetett fel a szülészeti klinikára, a mikor első alkalommal 7 liternyi vizeletet bocsájtottak ki.

Vizelet egy napi mennyisége $22\frac{1}{2}$ liter, ezalatt megivott $6\frac{1}{2}$ liter vizet, $2\frac{1}{2}$ liter tejet és $\frac{3}{4}$ liter levest, összesen: $9\frac{3}{4}$ liter folyadékot.

Vizelet halavány sárga, kibocsájtáskor szinte víztiszta, nagyobb tömegben kissé opaleszkál; gyengén lúgos kémhatású, fs. 1000·7. Fehérje, cukor nincs benne. Nitrogén tartalma 100 cm^3 : 48·7 mgr. (Reinbold tanár meghatározása szerint.)

Hogy a felvett víz mennyisége nem egyezik meg a kiadott vizelet mennyiségével, ez diabetes insipidusnál szokott jelenség, mivel gyakran az előző napokban felvett folyadéktöbblet eliminálódik később ki a szövetnedvekből.

A diabetes insipidus aetiologiai momentumai között szerepelnek: hereditarius terhelttség, pszichikai és testi traumák, különösen, melyek a fejét érték, agy-, gerinczagygyulladások, syphilis, alkoholismus, etc. és a graviditas is.

Jelen esetben lehet, hogy a trauma, mely a hátat érte, váltotta ki, a graviditas pedig jelenleg fokozta és esetleg ezen fokozódás által a hólyag erős kitérülése miatt a mictionál szereplő izmok lettek hűdtve és ebből származik a vizeletképtelenség.

Az irodalomban igen kevés idevágó eset van említve és azért e kérdés még nem kellően tanulmányozott.

Hozzászól: REINBOLD BÉLA.

II. APÁTHY ISTVÁN előadása: „*Műtermékek-e a neurofibrillumok?*“ czímmel.

III. DEMETER GYÖRGY: „*A végtagsontok születés utáni fejlődésének egyes rendellenégeiről és azok jelentőségéről*“ czímen tart előadást.

A végtagsontok születés utáni fejlődését Röntgensugaras átvilágítással legnagyobbbrészt élő egyéneknél kísérte figyelemmel és a 0—22 év között 250 fiúgyermek felső- és részben alsó végtagjáról 1526 Röntgen-felvételt készített. Az 1526 Röntgen-felvétel alapján 109 váll, 237 könyök, 107 térdizületet, 250 kezét és 129 lábat tanulmányozott. Több egyénnél a vizsgálatokat évek mulva megismételhetette és ily módon a rendellenességek további alakulásait is figyelemmel kísérte.

A 129 lábról készült felvétel áttanulmányozásakor 4 trigonumot, 1 supra navicularet, 6 tibiale externumot, 3 sesamum peroneumot, 19 os Vesalianumot és egy még eddig nem ismertetett dorsalis lábtölemet talált, a mely a sajkaesont láti felületén közel a fibularis csúcsához feküdt. Ezen járulékos lábtölemet os naviculare secundariumnak nevezte el.

A láb közepesontok fejlődése során, mint rendellenességeket észlelte az önálló epiphysiseknek 2 nagy több magból való csontosodását, a metatarso-phalangealis sesamesontok kettéválását, továbbá az öreg ujj közepesontjának mindkét végén való epiphysis képződést.

A lábujj percek fejlődésénél a középperceken talált rendellenességeket, a melyek a dia és epiphysisek elkésett csontosodásában, a csontosodás egyszerüvé válásában és az ízületképződés kimaradásában nyilvánultak.

107 térdizületről készült felvétel átvizsgálása alkalmával 3 esetben talált a térdhajlatban sesamesontot. A lábszáresont gumójának kifejlődése során többször észlelt olyan alakokat, a melyeket még gyakorlottabb vizsgáló is igen könnyen törésnek nézhet.

A felső végtagsontok fejlődése során aránylag kevesebb rendellenességet talált, mint az alsó végtagsontokon.

250 kézzől készített felvételen két esetben a singcsont karcnyujtványának különálló epiphysisszerű fejlődését észlelte. A felnőttek kéztövében előforduló járulékos csontok közül a fiatal korban csak egy járulékos csontot talált, a 3-ik közepesont karcnyujtványának végén egy esetben különálló metastyloid volt. A kéz töcsontok összeforrását is csak egy esetben észlelte és pedig az os lunatum és triquetrum teljes csontos összenövését.

A kéz- és lábközepesontok rendellenes epiphysis képződését

együtt tárgyalja. A rendellenes epiphysis képződés két alakját az önálló, de durványos és pseudoepiphysis képződést látta. Észlelései során rendellenes epiphysis képződés előfordult az első kéz- és láb-középesont fejcsén, a 2-ik és 5-ik kézközépesont proximális végén.

Egy esetben processus supracondyloideust, másik esetben a könyökízületben sesamesontot talált. Több esetben a 14 éves kortól kezdve az acromium végének epiphysisszerű fejlődését észlelte. Ezen epiphysisszerű fejlődés során többször kerültek olyan alakok megfigyelés alá, a melyeket könnyen töréssel, illetve csontrepedéssel lehetne összetéveszteni.

Előadása közben a felső és alsó végtagesontok születés utáni fejlődése során észlelt rendellenességeket Röntgen fényképeken demonstrálja.

XX. szakülés 1911 november 25-én.

Elnök: KLUMÁK ADOLF.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

HATIEGÁN GYULA előadása: *Adatok az eosinophilia klinikai jelentőségéhez.*

A Dunger f. eljárással különböző megbetegedéseknél az eosinophiliára nézve végzett vizsgálatokról számol be, miután az eosinophilia klinikai jelentőségét méltatta. Az eosinophilus fehér vérszetteknek előfordulási viszonyait figyelemmel kísérte az egyes megbetegedések lefolyása alatt is. Így typhus abdominalis 25, pneumonia crouposa 25 esetében az eosinophilus fehér vérszetteknek megjelenése meglehetősen egyenletes menetet mutat a betegség javulásával kapcsolatosan, a reconvalescentiában olykor hypereosinophiliába csap át. A meg nem jelenésük, vagy a már megjelent eosinophilus sejtek jelentékeny csökkenése sok esetben a complicatio vagy recidiva bekövetkezését jelezte. Az eosinophilus sejtek meglehetősen érzékeny reagensek gyanánt viselkedtek.

Vizsgálatait kiterjesztette, továbbá sepsis 6, polyarthritus acuta 6, anthrax 5, influenza 3, tonsillitis 2, erysipelas 2, meningitis bas. 3 esetére, hol a többi szerzőkkel hasonló adatokat kapott, chronikus sepsis egy esetében 7.5% (888) eosinophiliát észlelt, a mely a reconvalescentiában 11.1%-ra emelkedett. Gyógyulással végződött sepsis egy másik esetében szintén jelen voltak, a reconvalescentia alatt hypereosinophilia lépett fel. Anthrax 3 esetében 11.1%-ig felmenő postserumos hypereosinophiliát talált.

Echinococcus hepatitis 3 esetében kb. rendes, neoplasma esetében kismérvű hypereosinophiliát talált az esetek több, mint felében.

Scleroma 4, pellagra 5 esetében kb. normális értékeket kapott. Polyglobulia egy esetében 5%, asthma bronchiale 8%, colica sat. 1 u. 5.1%, haematothorax 9—5%—11.2%, tabes dorsalis 3 esetében 2.4—9.6% közt, chorea minor 3 esetében rendes értékeket kapott.

Dermatosisok közül dermatitis universalis 1 esetében 8.3 (1250), urticaria 1 esetében 19.7%, pemphigus 7.1%, más dermatosisok közül psoriasis 3 esetében kb. rendes értékeket talált.

A Dunger f. eljárást nagyon alkalmasnak találta, az eosinophilus fehérvérsejteknek mérlegelését a többi tényezők mellett feltétlenül indokoltnak tartja a mindennapi klinikus részére.

XXI. szakülés 1911 december 2.-án.

Elnök: DAVIDA LEO.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. SZABÓ JÓZSEF bemutatása: *Éber suggestió által előidézett hysteriás rohamok egy család valamennyi tagjánál.*

M. D. 32 éves, oláh napszámos folyó év november havában H. Gy.-t egy erdei úton agyonütötte és azután önként jelentkezett a csendőrségnél. A vizsgálat alkalmával gyanú merült fel arra nézve, hogy tettes nem ép elméjű; ezért szakértői megfigyelése rendeltetett el. A tettes nagyon degenerált egyén. Teljesen tudatlan, műveletlen ember, ki falujából alig mozdult ki. Nagyon babonás. Három év előtt anyja összeveszett a meggyilkolttal. Ez akkor megfenyegette, hogy meg fogja átkozni az egész családot. Rövid idő múlva anyjánál, majd nála, később öccsénél is szédülések, rángások, görcsök, aztán éjente somnambúl állapotok léptek fel. Tudomásuk volt ugyanis arról, hogy H. Gy. átka erősen fogékony, mert egy másik ember is, kit megátkozott, nagy beteg lett. Bajukra orvoslást keresni a paphoz mentek, ki a szent könyvből kiolvasta, hogy H. Gy. átka folytán lettek betegek és bajuktól csak misemondás által szabadulhatnak. Kérték H. Gy.-t, hogy szabadítsa fel őket az átok alól. Ez erre nem volt hajlandó. E feletti elkeseredésében M. D. egy véletlen találkozás alkalmával fejszével agyonverte. H. Gy. halála után az egész család: anya és két fia egyszerre egészségesnek érezte magát. Semmiféle roham egyiküknél sem jelentkezett azóta, pedig azelőtt naponta voltak rohamaik.

Az átokban való erős hit, főleg H. Gy. átkaitól való félelem, tudatlanságuk, elvonult életük egy távoli havasi faluban: mind kedvező körülmények voltak arra, hogy suggestiv úton mindnyájuknál egészen hasonló tünetekkel járó hysteriás görcsrohamok és ködös állapotok jöjjenek létre. Elméjüket folyton az átok következményei,

a bekövetkezendő szerencsétlenségek foglalkoztatták: ezen képzetek, a velük járó effectusok túlértékűek voltak, öntudatszűkülést okoztak. Az esetet még érdekesebbé teszi, hogy H. Gy. halála után a rohamok mindnyájuknál elmaradtak.

II. ISSEKUTZ BÉLA előadása: „Az érzőidegvégeket bénító gyógyszer alkalmazásánál fokozódik-e azok hatása?” czimmal. (L. Értesítő 267—272. l.)

XXII. szakülés 1911. deczember 9-én.

Elnök: KLUMÁK ADOLF.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. BLAZSER EMILIA. Egy nőbeteget leszek bátor bemutatni, a ki azért került nálunk a nőgyógyászaton műtét alá, mert a diagnosis előre nem volt pontosan megállapítható. A 49 éves beteg 1911. november 27-én vétetett fel a klinikára. Előadja: hogy két év előtt volt utoljára menstruatiója, azóta vérzése nem volt.

Kb. 1 év óta veszi észre, hogy egy lassan növekedő daganat van a hasában, mely kb. két hét óta fájdalmakat is okoz neki. A gyomorbélhuzam részéről semmi panasza nincsen, még kérdezősködésre is azt a feleletet adja, hogy széke rendes szokott lenni. Csak utólag hosszas kérdés után mondja el a beteg, hogy a nyár elején sokat hányt, evés után fájdalmai voltak s állandóan székrekedésben szenvedett. Hasmenése nem volt, székében vért, genyvet soha sem vett észre.

A beteg lesoványodott, de nem feltünően cachexiás. Mellkasi szervei felett eltérés nem mutatható ki. Vizelet tiszta, benne sem fehérje, sem cukor. Has alsó részét keményes egyenetlen felületű, karélyos és apró göbös képlet foglalja el, nyeregszerű fundushoz hasonló végzódással a köldök táján. Képlet felett külön, közel ökölnyi hasonló, a főtömeggel kocsányosan összefüggő részlet. Egész képlet elég szabadon mozgatható, látszólag jobb oldalt függ össze a medence képleteivel. Genitalis vizsgálat: hátsó commissurán gátrepedésnek vékony hegje. Portio $1\frac{1}{2}$ cm. méhszáj harántrés ujjhegynyi, különösen hátsó boltozat vékony hegekkel szűkített, méhtest nem követhető. A diagnosist valószínűséggel fibromyomára tettük, bár nem tudtunk azon gondolat elől is teljesen elzárkózni, hogy a daganat béllal függ össze, mellette szólt nagy mozgathatósága és hogy mozgatasakor bélkorgás volt érezhető. Nehezítette a diagnosist az is, hogy a beteg lehet, hogy szándékosan elhallgatta a panaszait s mi sem hagyttunk időt az észlelésre, a betegnek mi tétet ajánlottunk, a ki abba szó nélkül beleegyezett. A műtétet másnap

(nov. 28-án) Szabó professor végezte. Lumbalis analgesiában kezdtük meg a műtétet, de később a felületes chloroform-aether narcosis vált szükségessé. Hasmetszés $1\frac{1}{2}$ ujjnyi hasfalon keresztül, peritoneum kiszegése, lenőtt omentum mögött dudoros nagy edényű kékes tömeg látható symphysis felé lenőten, mögéje kerülve medence vájulatban kis méh ismerhető fel. Omentum lefejtés után a daganat béllal összefüggőnek mutatkozik a bél be és ki megy a daganatból. Bélfogók közt átmetszük a daganat előtt és mögötte a belet és ék alakban a megfelelő mesenteriumot a radix mesenteriig, eltávolítjuk az egész képletet, miután hólyag kúpjával összekapaszkodott részlete leszakadt. Elkötések vérző mesenteriumon, majd mindkét rész peritonealis felületei egyesítettnek catgut szűcsvarrattal, a béllumenet 3 rétegében egyesítettük vékony catguttal. Symphysis felett levő leszakadt daganatrészt élesen fejtjük ki a hólyag körüli kötőszövetből, ágját sülyesztett catgut varrattal húzzuk össze, ezzel egyúttal a vérzést is csillapítjuk. Hasfalvarrat előzetesen elhelyezett silk-wormgút fonalak között: catgut szűcsvarrat peritoneum és fascia egyesítésére, bőre kapesok. Collodium gaze kötés.

A beteg az első két napon néhányszor hányt, a harmadik naptól kezdve folyékony táplálékot vett magához, hányása szünt. Az ötödik napon szelek már mentek. A kapesokat az 5. napon távolítottuk el, silk varratokat a 10-en — hasseb p. p. gyógyult. A 9. napon glycerin csőrére volt széke. Jelenleg jól van a beteg.

Az eltávolított daganatot a kórboncztanai intézetbe küldtük, ők voltak szívesek azt megvizsgálni. A daganat kb. 10 cm. hosszban infiltrálta a bél falát, még pedig annak mind a 3 rétegét egyenletesen s a mesenteriumba is beterjed az infiltráció. A béllumen sehol sem szűkült, sőt aneurysmaszerűen tágult. A daganat már macroscopiai vizsgálatnál is sarcomának mutatkozott, amit a görösövi vizsgálat megerősített.

II. VESZPRÉMI DEZSŐ bemutatja az előbbi esetről szóló kórboncztanai készítményt és ezzel kapcsolatosan referál néhány ehhez hasonló elsődleges vékonybél-sarcomáról, bemutatva egyszersmind azok készítményeit is.

Hozzászól az esethez Szabó DENES tanár, felemlíti, hogy a béldaganat műtételre a nőgyógyászati klinikán téves kórismézés útján került, a hólyag tájékán összenőtt daganat a medenczéből kiemelkedő rosszindulatú képletnek benyomását tette, az érzékenység gátolta, hogy különállását a női nemi részekről felismerje. Nem is régen Dr. STEINER tanárségéd volt szíves egy másik esetében a bélresectiót helyette elvégezni, nem szívesen dolgozik szokatlan téren, bár bélsérülések műtételei sorában sokszor igényelnek varrást, mégis a resectiót lehetőleg kerüli. A bélnyákhártya varrásán kívül, a hashártyát még két sorban egyesítette, mégis aggódott,

hogy a vékony catgut tart-e addig, míg az összenövés elég szilárddá lesz. A bélsarcoma ritkaságát még emeli, hogy nőnél fordult elő, mert ezen ritka daganat férfiaknál háromszor gyakrabban észleltetett mint nőnél.

III. MÁTYÁS MÁTYÁS: *Lupus-Carcinoma* esetének bemutatása.

A 37 éves betegnek 6 év óta lupus-vulgarisa van a bal arcz felén, mit a budapesti szemklinikán többször röntgeneztek. Röntgen után mindig igen erős reakciók jelentkeztek.

Februáriusban ugyancsak ott bal alsó szemhéján ulcus rodensét operálták, mi 1 év előtt keletkezett, $\frac{1}{2}$ év óta bal állkapocs szöglete táján daganata nő, mi most már kb. kis alma nagyságú. WASSERMANN reactiója a betegnek teljes kötést ad. A tumorból kimetszett darab mikroskopice igen sejtdús laphámrákot mutat.

Előadó ismerteti a tiszta lupus-carcinoma és a lupusos heg carcinoma fogalmát; védekezni ellenök főleg a lupus gyors gyógyításával lehet, mivel az egyéni hajlamon kívül a sok edzés is nagy befolyással van keletkezésére. Prognosisuk igen kedvezőtlen, mivel gyorsan recidiválnak. Jelen esetben a tumor eltávolítása után épen ezért azonnal a Röntgen kezeléshez folyamodunk.

Az Erdélyi Múzeum-Egyesület új alapszabályainak kivonata.

1. §. Az egyesület célja és eszközei. Az egyesület célja az 1841/3. évi Erdélyi Országgyűlésen elhatározott és 1859-ben Kolozsvárt megalapított Erdélyi Nemzeti Múzeum főtartása, tovább fejlesztése, gyűjteményeinek tudományos földolgozása, a tudományok művelése, a honismeretnek és általában a magyar tudományosságnak előmozdítása.

3. §. Az E. M. E. tudományos eszközei: szakosztályok és gyűjtemények.

A szakosztályok a következők:

Bölcsészeti-, nyelv- és történettudományi-,

Természettudományi-,

Orvostudományi szakosztályok.

6. §. Céljainak megvalósítására az egyesület:

1. szakosztályi üléseket tart;

2. a szakosztályok munkálatait folyóirataiban kiadja;

3. tárait a nagyközönség számára meghatározott módon, bizonyos napokon díjtalanul, megnyitja;

4. táraiban időnként magyarázó előadásokat tart;

5. a tárakat illető tudományszakokból népszerűsítő és szakelőadásokról gondoskodik;

6. a tárakban folyó tudományos munkásság eredményeit időhöz nem kötött kiadványokban közzéteszi;

7. vándorgyűléseket;

8. különleges, időszaki kiállításokat rendez;

9. évkönyvet ad ki;

10. arra rendelt alapítványokból pályadíjakat tűz ki.

10. §. Az egyesület tagjai. Az egyesület tagja lehet minden tisztességes honpolgár, férfi és nő, a 11—18 §-ban meghatározott föltételek alatt. A fölvételt a jelentkezés vagy ajánlás alapján a választmány határozza el.

12. §. Az egyesületnek igazgató, alapító, rendes és pártoló tagjai vannak.

13. §. Igazgató tagok azok, kik az egyesületnek legalább 1000 koronát, avagy a Múzeumba fölvehető ennyi értékű tárgyat adományoznak.

Az igazgató tagok, mind a magán, mind a jogi személyék, az egyesület választmányának tagjai és a rendes tagok összes jogait élvezik.

14. Alapító tagok azok, kik az egyesületnek legalább 200 koronát, vagy a Múzeumba felvehető ennyi értékű tárgyat adományoznak.

Az alapító tagok a rendes tagok összes jogait élvezik.

16. §. Rendes tagok azok, a kik kötelezitek magukat, hogy öt éven át tagsági díj fejében évenként 8 koronát fizetnek.

Minden rendes tagnak választania kell a 3. §-ban fölsorolt szakosztályok közül, ha valamelyik szakosztálynak működésében részt kíván venni.

A tagdíj az év első negyedében fizetendő.

17. §. Pártoló tagok azok, a kik kötelezitek magukat, hogy három éven át évi 4 koronát fizetnek.

54. §. A tagok jogai és kötelezései. Az igazgató tagok az alapító- és a rendes tagoknak összes jogait élvezik és azonfelül tagjai a választmányoknak. Az alapító- és a rendes tagok egyforma jogokat élveznek.