

ÉRTESÍTŐ

AZ ERDÉLYI-MÚZEUM-EGYESÜLET ORVOSTUDOMÁNYI SZAKOSZTÁLYÁBÓL.

XXXV. kötet.

1913.

II. füzet.

KÖZLEMÉNY A KOLOZSVÁRI M. K. FERENCZ JÓZSEF TUDOMÁNY-
EGYETEM KORBONCZTANI ÉS KÓRSZÖVETTANI INTÉZETÉBŐL.

Igazgató: BUDAY KÁLMÁN dr. ny. r. tanár.

Magától megrepedt aorta.*

(Egy ábrával.)

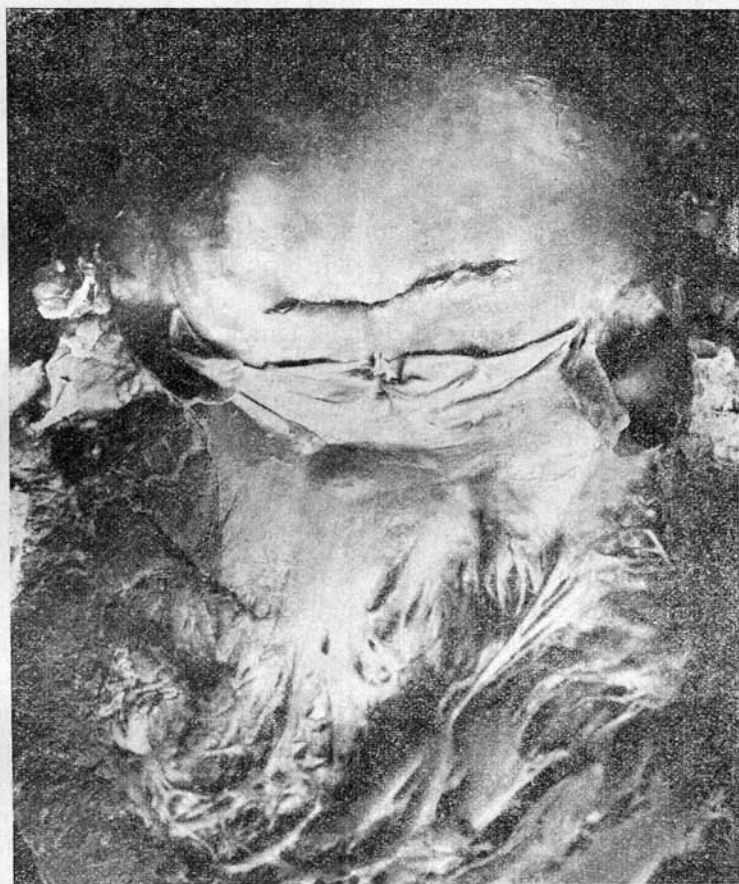
Írta: KENESSEY BÉLA dr. intézeti gyakornok.

1913. márczius 28-án d. u. vétetett fel a belgyógyászati klinikára B. J. 67 éves napszámos azzal a panasszal, hogy az nap d. u. munka közben hirtelen jobb oldalfájása támadt, mely a hasába, hátába kisugárzott és felvételekor is kínoztá. A klinikára való szállítása közben vette észre, hogy jobb lábát nem tudja jól mozgatni, nem tud rálépni és igen nagy göresei vannak benne, azonban saját állítása szerint már 3 év óta vannak neki éjszakánként jobb alsó végtagjaiban göresei. A klinikán megvizsgálása alkalmával 36.5° hőmérsékletet; 48 pulzust találtak, mely időnként telt, máskor gyengébb, gyors, dichrot, sőt időnként anachrot jellegű volt. Légzés 34, — sensoriuma tiszta. A légzőszervek részéről eltérés annyi, hogy a tüdőhatárok mélyebben voltak és jobb oldalt az interscapularis táj alsó harmadában tompult kopogtatási hang s időnként nagyon hangos légzés volt hallható. A szív tompulat jobb fele nagyobb, általában intensivebb. Vizeletben kevés fehérje, néhány hámsejt. Este 9 órakor a beteg hirtelen meghalt. Post mortem végzett lumbalis-punctionál a gerinezesatornából tiszta folyadék ürült. Az illető másnap Haemorrhagia cerebri? Albuminuria diagnosissal került boncolásra.

* Előadatott az E. M. E. orvostudományi szakosztályának 1913. április 5-én tartott szakülésén.

A bonczolásnál az agyban vérzést nem találtunk, azonban a burkoknak és az agy állományának meglehetősen vizenyős beivódását kaptuk. A sternum levétele után a szívburok feszesnek mutatkozott, kékesen tűnt át, fluctuált. Már ez a lelet azt a gondolatot támasztotta, hogy vagy magának a szívnek, vagy valamely aorta aneurysmanak a megrepedése folytán támadhatott a pericardialis vérgyülem. A szívburok bemetszésekor abból meglehetősen erős nyomással mintegy 500 cm. legnagyobb részt megalvadt vér ömlött ki és akkor kitűnt, hogy a várt elváltozások sem a szíven, sem az aortan találhatóak nem voltak. Ellenben az aorta falán a jobb art. coronaria kiindulása helyétől eredőleg az adventitia kékes vörösen áttűnő vérömleny által volt felemelve az aorta ascendens magasabb részletei felett mintegy 4 cm. széles területen, körülfogva egészen az aortát. Az aorta felhágó része felső részén kissé hátrafelé tekintőleg egy hosszirányú, k. b. 1 cm. hosszú rés foglalt helyet, mintegy 5 cm. magasságban az aorta eredési helye felett. Felnyitva az aortát, a felhágó aorta kezdeti szakaszában a félhold képzű billentyűk eredése felett 1 cm.-re haladt egy repedés, harántúl az aorta hátsó félkerületén, kiindulva a jobboldali arteria coronaria szájadékától. Hossza 4 cm. Szélei élesek, kissé egyenetlenek. A repedés szélei oly pontosan egymásra feküdtek, hogy a nyílás láthatóvá csak az aortanak bizonyos helyzetekbe való hozása által vált. E repedés helyének megfelelőleg az aorta külső falán repedés nem mutatkozott, azonban szorgos megvizsgálásnál kitűnt, hogy a repedés mellső szögletének felel meg az a hely, a honnan a már leírt adventitialis haematoma kiindult. Az egész aorta tágabb a rendesnél, belső felülete egész lefutásában nem mondható ugyan nagyon egyenetlennek és kifoszlások nincsenek, mindamellett láthatók elég nagy számmal sárgás, zsíros, kissé kiemelkedő foltok, sőt a repedés széleinek szorgos megtekintésénél kitűnik, hogy a repedésnek csaknem éppen a felező pontján is egy majdnem lencsényi sárgás, zsíros, csekély kiemelkedésű folt foglal helyet. A boncztani lelet értékelése szempontjából nem csekély jelentőségű az sem, hogy úgy az agyalapi, valamint a peripherias verő erek meglehetősen előre haladt arteriosclerosist mutattak. És igen nagy-

fontosságú körülménynek tekinthető az, hogy az egész szív meg volt nagyobbodva és különösen a balgyomrocs fala volt vastag. A szív haránt átmérője 10·5 cm., függőleges átmérője 13·5 cm. A balgyomrocs izomzatának vastagsága 3 cm., ürege



azonban csak mérsékelten tágult. — A jobb gyomrocs fala alig mondható megvastagodottnak ürege azonban kissé tágabb a rendesnél. Az aorta félhold-képű billentyűinek az alapján látható volt egy-egy sárgás-szürke folt, széleik azonban hártásak, összenövésük nincsenek. — A többi billentyűk és szájadékok is épnek találtattak. A tüdők emphy-

semásak. A többi szervek oly eltérést nem mutattak, melyek a bonczlelet értékelése szempontjából számításba vehetők volnának. A betegnek jobb alsó végtagjára vonatkozó panaszainak anatomia okául egyéb eltérés híjján, az art. iliaca és femoralis meglehetősen előre haladt degeneratio elváltozásait kellett felvennünk, melyek inkább az érfalak kitágulásában és helyenként való elvékonyodásában állottak, míg igazi sclerotikus, zsíros plaqueok csak elszórtan, nagyon gyér számmal voltak találhatók, kifoszlások azonban egyáltalában nem.

Az úgynevezett *spontán aorta rupturakra* nézve még sem az aorta falának állapotát, sem pedig az előállítás mechanizmusát illetőleg egységes és minden tekintetben elfogadható nézet nincs, ami érthető is az észlelt esetek csekély számánál fogva. Sokan állítják, hogy teljesen ép aorta fala is megrepedhet, ha a mechanicus viszonyok ennek előidézésére kedvezően alakulnak. E nézet hívei hivatkoznak saját észlelt eseteikre és tulajdonképpen ezek alapján állapították meg véleményüket. FRÄNKEL 1906-ban említi, hogy egy erőteljes kocsis hosszabb futás után összeesett, meghalt. A bonczolásnál a teljesen ép aorta falán repedést találtak, aneurysma dissecans-szal. HAUSTEEN 23 éves katonát említi, ki szalmazsák tömés közben, a későbbi bonczolás útján megállapítva, az aortáján támadt 4 cm. hosszú horizontalis és 3 cm. hosszú verticalis repedés folytán történt elvérzés miatt halt meg. HUBER egy 20 éves férfinál említi halált okozó aorta repedést, mely akkor támadhatott teljesen ép érén, midőn váratlanul belépő anyósa kínos helyzetben rajtakapta. BUSSE egy 38 éves feltűnően erős, herculesi természetű férfit bonczolt, kinek aortáján 2 repedést talált harántul, melyek a véres zsákká felemelt adventitia alatt egymással közlekedtek. A nagyobb repedés közvetlen a billentyűk felett, a kisebbik az art. anonyma elágazásánál foglalt helyet. Vérzés a szív-burokba. Az aorta sem macro-, sem microscopice eltérést nem mutatott.

Azonban nagyobb számúak azok az esetek, ahol határozottan többé kevésbé súlyosan megbetegedett aorta-fal repedt meg külső trauma nélkül. Legtöbbször az atheromás, vagy lueses aorta megbetegedések szerepelnek, mint praedisponáló

tényezők a spontan rupturára. Ez szerepel a JACOBSTHAL, BENDA, BUSSE-POSEN, SKERETT, SCHÜTT, EISENGRÄBER, JÖRES által leírt esetekben. De más aorta-fal megrepedésre is szolgáltathatnak alkalmat spontan megrepedésre. Így OPPENHEIMER egy 9 éves leánynál talált aorta rupturáról számol be, melyben a mediában talált súlyos elváltozásokat különösen a rugalmas elemek részéről. Határozottan nincs leírva, hogy minőket, de RINDFLEISCH ezt az állapotot a media congenitalis gyengeségének nevezte. BABES és MIRONESCU az általuk észlelt spontan aorta ruptura egy esetében azt találták, hogy az aorta-fala bárhol 2 rétegre volt szedhető. Ők ezt a folyamatot *aortitis dissecans*-nak nevezik. KAHLDEN polyarthritiis reumatica után talált 30 éves férfinél spotán rupturát számos, friss fekélylyel borított aortáján. GALT esetében a media rugalmas elemei voltak tetemesen megfogyva.

Nagyon sokan kétségbe vonják, hogy teljesen ép aorta fala megrepedhessen külső trauma nélkül. FISCHER határozottan kijelenti, hogy ép érfal spontan nem repedhet meg. Sőt hajlandó feltenni, hogy amennyiben még microscopice sem lehetne a spontan rupturát magyarázó eltérést találni, a negatív eredményért jelenlegi vizsgáló módszereink tökéletlensége okozható. DIETRICH mindenesetre ajánlja az érfal microscopos megvizsgálását, még ha macroscopice épnek látszanának is azok. HERING kutyákon, macskákon, nyúlakon és majmokon végzett számos kísérlete alapján határozottan kétségbe vonja, hogy ép érfal bárminő, nem traumás eredésű vérnyomás emelkedésnél megrepedhessen. EISENGRÄBER is annak a nézetének ad kifejezést, hogy még a microscopice negatív esetekben is a media valamely, még ismeretlen elváltozása játsza a főszerepet. RINDFLEISCH még nevet is ad neki: a media congenitalis gyengesége, mely azonban eddig még nem egyéb, csak név. JÖRES sem tartja valószínűnek, hogy ép érfal megrepedjen külső trauma nélkül és BAY is a media gyengeségének, vagy betegségének a fennállását tartja szükségesnek. THOREL és ROEMER intenek, hogy az aorta épségének megítélésénél a macroscopos leletben soha se bizzunk, mert a Roemer által vizsgált esetben a macroscopice épnek látszó aorta microscopice az intima elzsíro-

sodását és a media rugalmas elemeinek kosárfonatszerű fellazulását mutatta.

A látszólag ép aorta falon létre jött repedések megítélésére nézve fontos, hogy úgy a szívet, valamint az egész aortát számba vegyük, mert az épnek leírt esetekben is az általános bonczélet áttekintésénél, vagy a szív, vagy az aorta oly fizikalis elváltozására jövünk legtöbbször rá, a melyek miatt azok épnek egyáltalában nem mondhatók. BENDA nagy jelentőségűnek tartja éppen a scleroticus elváltozásokat, valamint a szűkületeket, melyek okul szolgálhatnak abnormis nyomás emelkedések létrejöttére, melyeknek áldozatául esik a kedvezőtlen mechanicus viszonyok alatt levő érrészlet.

Az előállás mechanismusa is még alig tisztázott. Általában a testnek valamely túleröltető, lökésszerű, vagy kedvezőtlen helyzetben végzett mozgása az, amelyre az aorta spontan rupturája visszavezethető, mint oki mozzanatra. Így erőlködés székelés közben, vagy oly munka, mely a vállövnek felfelé való vongálásával, vagy a gerincz-oszlop túlságos hátrahajlásával jár. De állítólag valamely nagy kedélyfelindulás által előidézett fluxio is okozhatja. REVENS DORF fiatal, ép aortakon végzett kísérletei alapján az aorta spontan rupturait úgy fogja fel, hogy a hirtelen való, gyors megtelődés, illetve megnehezített elfolyás miatt az aorta mintegy megpukkadt (Platz), míg RINDFLEISCH inkább szétfeszítési repedéseknek (Spreiz-ruptur) tartja azokat, melyeknél a vincula aortae, az aortat az art. pulmonolishoz rögzítő szálak és a ligamentum Botalli szerepelnének, mint az aorta egyes részeit jobban rögzítő és így ellentállóbbá tevő szálak.

A klinikai lefolyást illetőleg nagy szerepet játszik az, hogy az aorta belső rétegeinek átszakadása folytán létrejövő adventitialis haematoma-nak az adventitia által alkotott külső fala a vérnyomásnak meddig tud ellentállani. Így az összes rétegek egy időben való berepedése miatt beállott rögtöni halállal végződő esetektől elkezdve észleltek oly eseteket is, hol a belsőrétegek megrepedésének biztosan megállapított idejétől a halál, beálltáig több óra, sőt napok is teltek el, melyek alatt az illetők még dolgozni is tudtak. BUSSE egy esete még

azt is látszanék mutatni, hogy az adventitia nagy ellenállást tud kifejteni. Mert esetében két hasonló roham ment előre 24 ó. időközzel és a második roham után csak 24 ó.-val következett be a halál vízivás közben. A bonczolásnál 2 repedés volt az aorta falán. A klinikai adatok általában összhangzók: hirtelen fellépő mellkas-táji fájdalmak, melyek szeszélyesen sugárzanak ki; legtöbbször ezt eszméletlenség kíséri, mely, ha a halál nem állt be a megrepedés pillanatában, eloszlik és a halál később hirtelen valami csekély mozgás alkalmával áll be, mely az adventitia megrepedésének pillanatát jelzi. Csak kevés klinikusnak jutott osztályrészül, hogy az aorta rupturát az élőben megállapíthassa. HUBER egy 20 éves férfinél állapította meg, ki hirtelen, nagy mellkasi fájdalommal lett rosszul. A klinikára való felvételnél nagy légszomjat, az egész felső test erős cyanosisát találták. ROENTGEN-képen az aorta-ív jobbfelé ki volt szélesedve és balra eltolva. E tünetekből ő egy aneurysma dissecans képződését vette fel. E feltevését a bonczolelet igazolta. Érdekes SKERETT észlelése. Őt egy 71 éves férfihoz hívták, ki székelés közben hirtelen összeesett. A szívtájon hallgatódzva, oly zörejt hallott, mint mikor a macska a tejet lefetyeli. Ezért ő ezt „leakage-bruit“-nak nevezi és felvette, hogy a zörejt a szív által a systole alkalmával a pericardiumba lökött vér által van feltételezve. Diagnosisát a bonczolás megerősítette, mert a súlyosan atheromas aorta falán a billentyűk felett $1\frac{1}{2}$ cm. hosszú, hosszanti repedést találtak. Természetes, hogy ez a physicalis lelet kivételes és nem remélhető, hogy a „leakage-bruit“ a rupturák minden esetében észlelhető legyen és e tünetre mint döntő diagnosticus jelre számíthassunk.

A kimenetel is nagyon különböző. Legtöbbször rögtöni halál, vagy csak néhány órára terjedő tengődés. Egyesek egyéb halál okból végzett bonczolásoknál találtak begyógyult aorta repedéseket. FRAENKEL talált így egy teljesen behagedt aorta repedést idősebb férfinél, sőt egy asszony aortáján több, részben teljesen, részben incomplet behagedt aorta repedéseket. Tehát, ha e leletek nem tévesek és nem syphilises hegeket nézett begyógyult repedéseknek, akkor lehetséges az aorta rupturák spontán gyógyulása is.

A bemutatott aorta belső rétegeinek megrepedése bizonyára abban a pillanatban történt, a midőn az illetőnek delután hirtelen nagy fájdalmi támadtak és a kiürülő vér egy darabig az adventitia alatt tört magának utat, azt előboltosítva. Ennek az adventitiális haematomanak betörése a szívburokba idézte elő a hirtelen halált szív tamponad által.

Az aorta falának egy macroscopice épnek látszó helyéről kivett darab microscopice úgy az intima, mint a media meglehetősen nagyfokú zsíros degeneratioját mutatta és mivel, bár nem oly nagy fokú scleroticus folyamat volt az aorta falában, a minőt abban a korban nem lehetne lépten-nyomon találni, az aorta fal folytonosságának legcsekélyebb hiánya nélkül is, *a bemutatott eset a beteg érfalon létrejött spontan aorta rupturához sorolandó*, ezt megerősíti a végtag arteria sclerosisa is.

Világosságot a spontan aorta rupturak előállítására ez az eset sem vet. Minthogy az illető munka közben hirtelen lett rosszúl, felvehető, hogy földmives munkájával kapcsolatos valamely megerőltető mozdulat szerepelhetett oly okként, mely az aorta vérkeringését akkora feszültségüvé tette, hogy fala annak ellentállani nem tudott, azonban a feszültség létrehozásában a nagy mértékben túltengett balszív is döntő szerepet játszhatott.

KÖZLÉS A KOLOZSVÁRI F. J. TUD. EGYETEM ELME- ÉS IDEG-
GYÓGYÁSZATI KLINIKÁJÁRÓL.

Igazgató: LECHNER KÁROLY dr. egyet. tanár.

A paralysis progressiva aetiologiájáról.*

(Referáló előadás.)

Irta: BENEDEK LÁSZLÓ dr. tanársegéd.

A paralysis progressiva felfedezőjének általánosságban az idősebb WILLIS-t tartják („De anima brutorum“ Amsterdam 1672). Jóllehet MÖNKEMÖLLER nagy gonddal összegyűjtött adatai között, már előtte, a 16-ik század II-ik feléből szerzőket idéz, a kiknek művei itt-ott, sorok között sejteni engedik, hogy paralysis esetei forognak szóban (így NICOLAUS PISO 1585; MONTUUS 1560). WILLIS-hez az átmenetet SCHOLTZIUS (1610, MERCURIÁLIS 1617) és mások szolgáltatják. Követte őket SETON, a ki a „De Paralysis“, Edinburg 1787. című munkájában az aetiológiára vonatkozólag is fontos adatot szolgáltat a következőkben: „ex morbis sicut scorbuto et syphile oriri hic morbus memoratus est“. I. MÖNKEMÖLLER „Zur Geschichte der progr. Paralyse“. Zeitschr. f. ges. Neurolog. u. Psych. 1911. Orig. V. Vd. 524. l.) Ugyancsak a betegség oktanával némileg vonatkozásban látszik állani ESQUIROL adata (1822), a ki a Salpetriere elmebetegeinek $\frac{1}{20}$ -részét kitevő kéjhölgyekről azt írja, hogy a sok kicsapongás után dementiába estek, mely bénulásokkal volt complicálva (f. u. ott 513. f.).

Mint egységes koralak a paralysis ez időtől fogva (BAYLE, 1822) kezd szerepelni úgy, hogy addig a szembeötlőbb testi

* Előadatott az E. M.-E orvostudományi szakosztályának 1913 április 12-én tartott szakülésén.

tüneteket, bénulásokat, haesitatiót stb. a psychicus tünetek kísérőjének, vagy éppen következményének tekintették; a psychicus tünetek okaira nézve pedig a moral theologicus irány csak most kezd harezot vívni a somaticusokkal.

Azóta közel egy század telt el és a paralysis oktanában még mindig akadnak szembetűnő hézagok. Mindaz, a mi e kérdésben világosságot hozott, az utóbbi 10—15 év munkájához fűződik. Már ugyan ESMARK és JESSEN hangsúlyozzák a betegség tisztán syphilises aetiologiáját (1867), évtizedek adatgyűjtésére volt azonban szükség, hogy ez általános elismerésre találjon. Ugyancsak az utóbbi évtizedeknek köszönhető a betegség klinikai és kórboneztani képének pontos körvoñalozása, jóllehet a betegség egysége ellen még az utóbbi években is intéztek támadásokat, így REMOND és VOIVENEL (1909), kik szerint a paralysis progressiva csak egy tünetcsoport (symptoma komplexum) volna, melyet különböző lásiok találkozása váltana ki. A „syndroma“-tan védői azonban mindinkább elhallgatnak. A „négyes reactió“, illetve NISSL és ALZHEIMER munkálatai után sem a klinikai, sem a kórboneztani egység velük szemben nem szorul már többé védelemre.

A MOEBIUS-féle mondás: „Omnis tabes e lue“ a paralysisre is áll. Miután pedig a kérdések egy jó része a lueses eredet körül csoportosítható, induljunk ki az utóbbiból.

Lues mellett bizonyít elsősorban az a tény, hogy minél nagyobb pontossággal és minél inkább megbízható betegektől állították össze a kórelőzményi adatokat, annál inkább emelkedett a lueses antecediták % száma. Legjobb példa erre a MARCUS-tól közölt statistikai kimutatás (cit. BINSWANGER—SIEMERLING: *Psychiatrie*, 1904. 297 l.), 400 betegből biztos lueses 59%; a nők kihagyásával, a kiknél a primär affectió gyakran elrejtve marad, a % 63-ra emelkedett, jobb társadalmi körökhöz tartozó betegeket véve alapúl és pontosabban revidialva a biztos lueseket, ezek 80%-ot tettek ki. Ez a szám a gyakran idézett SPRENGELER-féle összeállítás szerint 1·6—93% között váltakozik. KRAEPELIN adatai szerint 34·0 (s. KRAEPELIN. *Psych. II. Bd.*), SÜSSMANN-nál (a kielii psychiatriai klinikájáról 496 pp. eset. Inaug. dissert. Kiel 1910.) 35·4%-ban volt biztos, 6·6%-ban valószínű a lueses

fertőzés. SCHROEDER szerint (332 pp. eset közül l. Neur. Centrbl. 1910 Nro 11. 562 old.) 52% ugyanez. Általában azt látjuk ezen kimutatásokból, hogy a paralysisre nézve az anamnestikailag biztos lueses fertőzés %-a elmarad a tabesnél előforduló adatokkal szemben, a hol MENDEL és TOBIÁS-nak 1912-ben közölt, a tisztán női beteganyagon tett észleletei szerint is, a luesre nézve positiv értelemben volt értékesíthető az eseteknek 81%-a, (l. MENDEL—TOBIÁS: „die Tabes der Frauen“ Monatschr. f. d. Ps. u. N. XXXI. 2. 1912). Ezt magyarázzák a par. betegnek már korán fellépő feleéékenységével, másrészt pedig a luesesek közismert hazug voltával, mely nem annyira ethicai depraváltág, hanem gyakran szégyenérzet, mely a nagyközönség előítéleteiből táplálkozik. (l. MEYER die Ursachen des Geistes krankheiten 1907. 189. l.). Megerősíti a lues kóroktani jelentőségét az a körülmény, hogy a fenti magas értékekkel ellentétben, nem paralyticus elmebetegeknél csak 1·3—10·9%-ban találtak lueses anamnesist (így EISATH, HOPPE stb.). Az újabb statisztikákban is még körülbelül 15—20%-a marad fent azon eseteknek, melyeknél a lues a korelőzményben nem mutatható ki. De ezzel szemben állanak HIRSCHL adatai, melyek szerint késői lueses megbetegedéseknél a kiállott luesre csak 54%-ban biztos, 9·5% valószínű az anamnesis. (l. HIRSCHL „die Aetiologie der progress. Paralyse. Wien 1896.).

A lues—paralysis okozati összefüggése ellen fel szokták hozni elsősorban azon országokat, ahol a syphilis óriási elterjedése mellett a paralysis éppen nem, vagy csak elvétve fordul elő. Így gyakori említésre talál *Abessinia*, ahol a lakósnak állítólag 80% lueses és egyetlen paralysis sem volt észlelhető (l. KRAEPELIN u. o.), továbbá *Törökországot*, *Boszniát* stb. Algirban RÜDIN (l. Allg. Zeitschr. f. Ps. Bd. 67. H. 5.) csak két biztos paralyticus esetet talált, dacára a lues gyakoriságának. RÜDIN ebből azt a következtetést szeretné levonni, hogy a természetes élethez közelebb álló népek a civilizáltakkal szemben védelmi eszközeiknek sokkal inkább birtokaikban vannak, a melyeket egyébként az egyeseknél külön-külön el kell pusztítani a luesnek, a mit a „stereotyp intervallumok“ (a syphilitic inoculatio és pp. kitörése közt) leginkább bizonyítanak. Vég-

eredményben egy specificus dispositio szükségét hangoztatja, akár szerzett, akár veleszületett alakban. KRAEPELIN az ügynevezett „Rass-immunitas“-ra vonatkozólag kimerítőleg foglalkozik a különböző országokból nyert kimutatásokkal és fejtegetései abban csúcsosodnak ki, hogy az egyes népfajoknak, illetve országoknak magas paralysis számai a syphilisen kívül, melyet a pp. „sine qua non“-jának tekint, az alkohollal való visszaélésből következnek; (1. idézett mű II. k. 496 l.) az alkohol szerinte nem annyira mint az egyesek ellenállását legyengítő ártalom jönne szóba, hanem mint az általános népegészséget („allgemeine Volksgesundheit“) veszélyeztető tényező szerepelne. Ebből magyarázza az egyes népeknek érzékenységét a paralysis iránt. Ezen, kétségtelenül eredeti felfogás, a paralysis országokénti eloszlásának különbségein kívül támaszkodik ama történelmi tényre is, hogy a p. nagyobbfokú elterjedése az alkoholygyártás élénkebb fellendülésének idejével összeesik (a XVIII. sz. vége és a XIX. eleje). Részben hasonló következtetésre jut HEIM is, midőn közli, hogy Egyiptomban az intézeti elmebetegeknek csak mintegy 5%-a szenved pp.-ben, ellentétben a németországi 19–20%-al (1. HEIM Zentralbl. f. Nervenheilk. Bd. 19.). A fenti adatokkal szemben állóktól el is tekintve (WARNOCK Egyiptomról kimutatta, hogy a pp. meglehetősen elterjedt, 1. MEYER), hivatkozom HOCHÉ-ra, a ki egészen indokoltan kétségbevonja eme alacsony műveltségi fokon álló népekről nyert statisztikai kimutatások pontosságát, kiemelve különösen azt, hogy ez utóbbiak csupán az intézeti betegekről készültek és mint ilyenek, éppen ezen, részben a hygiene iránt érzéketlen, részben az elmebetegségekkel szemben babonás népeknél nem általánosíthatók, másrészt pedig többnyire olyan idegen orvosok készítették azokat, a kik a nép nyelvét nem is beszélték, a mi egy elmebetegség diagnosálásánál elsőrendű fontosságú. Éppen ezért KRAEPELIN és mások ilyenmű fejtegetéseit nem hajlandó elfogadni (L. dr. A. HOCHÉ „Dem Paralyt“. Hb. d. Ps. Aschaffenburgs. s. I. 5. Abt.) Az alkoholnak, mint a személyi aetiológiában szereplő tényezőnek fontosságát azonban HOCHÉ-val együtt általánosan elismerik (A paralyticusok anamnesisében az alkohol BÄR szerint 23,2, OEBECKE szerint 43%-ban szerepel). Így DELBRÜCK a syphilologusoknak

kötelességévé szeretné tenni, hogy minden lueses egyénnek a teljes alkohol abstinentiát ajánlják (1. Jahresb. referat. 1907.). Ezek szerint az alkohol olyan szerepet játszana a pp. koroktanában, mint bármely más legyengítő körülmény, így fertőző betegségek (kül. typhus, influenza), vagy a napszurás (ANTHEAUME és MIGNOR), csakhogy ezeknél tartósabban érvényesülhet, de az előrement syphilis nélkül, sem magában, sem más segítő okokkal együtt paralysisre nem vezethet.

Ezen utóbbi segítői, illetve kiváltó okok mellett meglehetősen gyakorisággal észleltettek esetek, midőn végtagokat, gerincoszlopot és különösen a fejet erő traumákra agy, illetve gerincvelő rázkódásokra paralysis, illetve tabes állott elő. Az esetek nagy többségében, vagy az anamnesisben szerepelt lues, vagy annak nyomai felismerhetők voltak. Így SEIFFER (Ärztl. sachtverständ. Zeitung 1907. Nro. 16) KRAMER (Med. Klinik. 1908. Nro. 2.) FERENCZI S. (Gyógyászat 1908. Nro. 28.) stb. eseteiben. KRAMER azt hiszi, hogy a trauma folytán a latens dispositio mobilissá válik. FELCHENBERG tapasztalatai szerint a trauma az addig lassú lefolyású betegségnek halálos kimenetelét gyorsítja. A tabesre vonatkozóan MENDEL és TOBIÁS (id. dolg.-ban) elismerik a traumák kóroktani fontosságát: „Das Trauma kann bei einem zur Tabes durch Syphilis Disponierten die ersten Erscheinungen des Rückenmarksleidens auslösen; es kann ferner bei bereits bestehender Tabes verschlimmernd und auf den Verlauf der Krankheit beschleunigend wirken.“ És mégis daczára az elég nagyszámú észleletnek vannak, akik a traumának még eme kiváltó szerepét is kétségbe vonják (így HOЧE). Nemrég állott észlelésünk alatt egy eset, a melynél a traumás eredet a tünetek folytonosságával tanúlságosan nyert beigazolást (egy 6 év előtt luest szerzett egyén, akinél saját testsúlyát meghaladó súlyzónak hidállásból való emelése rendkívül erős congestiot váltott ki és az ugyanakkor előállott erős „fejnyomás“-hoz hetek múlva szemtünetek sorakoztak, majd mintegy 3 hónap elteltével a tabes dorsalis félreismerhetlen klinikai tünetei.) Azokkal szemben, akik a „traumás pp.“ létezését kétségbe vonják, felhozom, hogy ugyanakkor a traumás diabetest is tagadniok kellene, pedig ez utóbbi majdnem általános

elismerésre talál. (I. EBSTEIN, STERN, SCHÖNFELD stb. eseteit.) Még hozzáveszem azt is, hogy a paralysis lényegének magyarázatánál KRAEPELIN az „Allgemeine Ernährungsstörung“ felvételét részben épen a diabetes és más anyagcsere zavarokkal való analógiára alapítja. Az exogén segítő okokhoz tartoznak végre a szellemi túleröltetés és testi kimerülés ép úgy, mint a tartós „kedélyizgalom“. Aetiologiai segítő szerepük sokak által kétségbe vont, hivatkozva különösen olyan paralyticus egyénekre, illetve népeknél, a kinknél ilyesmi szóba sem jöhet és mégis pp.-ben megbetegesznek, illetve nagy számú pp. eset felett rendelkeznek. Felhozhatnám ezzel szemben MARIE észleletét, (Revue d. Med. Nro 5.1906.) aki szerint az arabok között úgy a lues, mint a pp. igen elterjedt.

Ugyancsak szoros kapcsolatban áll a kérdéssel a civilizációnak kimerítő, degeneráló és így a pp.-re dispositiot teremtő befolyása; mely utóbbira vonatkozó érvelések részben a civilizálatlan népeknél a pp. relativ ritkaságában, részben ismét a történelmi visszapillantásban lelik alapjukat a XIX-ik századra, amikor is az ipar, kereskedelem, városi élet fellendülése, összetettebb életviszonyok általában az előző századokkal ellentétben az idegrendszert fokozottabban vették igénybe. Találón jellemzi ezen viszonyokat MÖNKEMÖLLER (f. cit. mű.) az elmúlt időkre nézve a következőkben: „Die intensive geistige Beschäftigung plagte nur wenige, die geistige Überanstrengung wurde nicht künstlich grossgezüchtet. Der Kampf ums Daseins bewegte sich noch in bescheidenen Grenzen. Das Hasten und Jagen nach Gewinn war nicht der Allgemeinheit vorbehalten“ — majd később „Noch machte sich nicht der ungeahnte Fortschritt des Handels bemerkbar, noch nicht das riesenhafte Anwachsen der städtischen Bevölkerung, die Komplikation unserer Lebensbedürfnisse, die Verbreitung der Genuss-sucht in dem breitesten Volksschichten, die Zunahme der Erholungsmöglichkeiten, die das Vergnügen oft zur Arbeit machen.“ stb. A civilizálatlan népek viszonyai vesztenek kétségtelenül bizonyító erejük-ből, ha elgondoljuk, hogy itt főképp tropusi népekről van szó, a melyeknél általában ismert tény, hogy syphilisük is egy bizonyos mértékig sajátzerű és inkább csak a bőrre lokalizált,

de ilyen alakban súlyos lefolyású. Gyakori tapasztalat pedig, hogy a pp.-nek az enyhe lefolyású syphilis esetek kedveznek. PLAUT eme tapasztalati tényből ama nagy súlylyal bíró következtetést vonja le, hogy a pp. és megbetegedésnek előfeltétele egy már „in der Anlage begründete“ rendellenes védekezési mechanizmus a lues ellen. (1. Plaut. Allg. Zeitschrift, f. Psychiatrie Bd. 66. Nro. 2.) A szellemi, testi kimerülés és kedélyizgalmak tulértékelése ellen pedig hivatkozom OSEREZKOWSKI magán közléseire I. MEYER (aki szerint az orosz-japán háború évében a paralysis 30%-ról 12·2%-ra esett le, az alkoholos psychosisok javára a háboruban részt vett egyénekből kikerülő elmebetegknél).

A toleráltetés kérdésével függ össze az EDINGER-féle u. n. „Aufbrauchs“ theoria, melylyel szerzője a paralysis progr. előállítását is magyarázni kívánja. A theoria szerint, mely kísérleti tényeken épült fel, — a functio és az idegpályák működési képességének aránytalansága az idegrendszer „kopási“ betegségeit vonja maga után. Az előállás 3 lehetősége közül a paralysisét a II-ikba sorolja, vagyis „létrejönne ez azáltal, hogy a normális működés számára nincs jelen kielégítő pótlás. Az ok mindig valamelyes mérég, pl. lues, ólom és mások. A mérég neme szerint a felhasználódás“ lefolyása más és más. Typus: Polyneuritisek, Tabes, combinált rendszer megbetegedések, paralysis.“ I. EDINGER: („Der Anteil der Function an der Entstehung von Nervenkrankheiten. Verlag v. BERGMANN, Wiesbaden 1908) még előbb: (D. M. W. 1904. Nro 1—4.) Ilyen értelemben szólnak a kérdésekhez MARTIAL, COULONJOU (Journ. d. Neur. Nro 2. 1905.) FOURNIER A. és RAYMOND (Bull. d. 1. Akademie de Med. T. LIII. Nro 8. 1905.) stb.

Míg KRAEPELIN, HOCHÉ a paralysis kórképében semmi hasonlatosságot nem látnak a kimerülés folytán előálló elmebajokhoz, utóbbi utal arra is, hogy a legkülönféléképen kimerülő egyéneknek pp.-je lényeges vonásokban megegyezik, pedig foglalkozásaik különbsége idegrendszerük különböző részeinek igénybevételét jelenti; ugyancsak az utóbbi szerző jegyzi meg, hogy a kimerülő (leggyakrabban használt) idegutaknak legellentállóbbaknak kell lenniök. HOCHÉ gondolatmenetének kiegészítéséül.

szítéseképen hivatkozom épen EDINGERRE magára, aki HELD és v. HIPPELNEK a „velő-érést“ tanulmányozó és alapvető kísérleteiből kiindulva, arra az eredményre jut, hogy „még az extraembrionalis életben is nagyon sok kiképzetlen idegpályánk van, különösen a nagy agyvelőben. Ennek kérgében még a késői középső életkorban is még új velőshüvelyű idegrostok sorakoznak fel. A „Myelogenisatio“ nagy valószínűséggel azt mutatja, hogy tisztán begyakorlás révén új pályákat teremtünk magunknak. Talán a mi egész nevelésünk oda irányul, hogy a gyakorlás folytán új pályákat használhatókká tegyünk.“ 1. EDINGER: („Über den Bau der Nerv. Zentralorgane“. Leipzig 1904. I. 32. 1.) Ezeket kívánám én felhozni első sorban az EDINGER-féle theoria általánosítása ellen. Minden esetre érdekes, hogy EDINGERNEK idézett szavait még senki sem használta fel a saját theoriája ellen a paralysisre nézve, daczára az állandó vele való foglalkozásnak. Pedig a fentiekben az ellenmondás, azt hiszem, elég nyilvánvaló. Ugyan azon tényezőrek, vagyis a functionak két merőben ellentétes hatás tulajdonítatik; egyrészt új idegpályák teremtése még a késői férfi korban is, másrészt a régieknek elpusztítása a functio és a működési képesség aránytalansága miatt, ugyanezen életkorban, vagy még sokkal előbb. Ezen okoknál fogva az EDINGER-féle theoriát nem tarthatjuk alkalmaznának a pp. létrejövetelének magyarázatára; hiszen a toxinok szerepeltetése is csak a hiányos „visszapótlás“ elmaradását magyarázná meg.

A fenti „exogen“ praedisponáló tényezőkön kívül sokan az „endogen“ dispositiora, mint a luessel egyenértékű tényezőre, helyeznek súlyt.

Természetes e helyen személyi dispositioról van szó. RAYMOND (I. fent.) KONRÁD 570% Orv. Hetilap 1907. 35. 1., STURM (Inaug. dissert. Kiel.) az esetek, SALGÓ (Gyógyászat 1909. 11. és 12. sz.) SCHAEFER (Inaug. dissert. 1909. és mások klinikai adatai szerint az öröklés nagy szerepet játszik; ugyancsak ide számíthatók különösen a juvenilis pp.-nél talált fejlődési zavarok, melyek előszeretettel a kisagyban lokalizáltak. (I. STRAUSSLER: Zeitschr. f. ges. N. U. Ps. Bd. II. H. 1910.) továbbá a SIBELIUS-tól leírt és gerincezvelőben mutatkozó dysarchitektonikus zavarok;

ezekkel szemben PLAUT, KLIENEBERGER (Allg. Zeitschr. Ps. Bd. 65. Nr. 6.), KRAEPELIN és mások ellenkező álláspontot képviselnek; annyi bizonyos, hogy e kérdés még ninesen lezárva, de felette napirende térni az öröklés fogalmának hiányos körülírtságára való hivatkozással egyáltalán nem lehet, ha a fent idézett adatok alaposágát csak némileg is tekintetbe vesszük; minden esetre a NAECKE és RAYMOND értelmében vett úgynevezett „invalidus“-agynak, mint a pp. előfeltételének felvétele tulás.

A juvenilis pp.-t egyébként akkor használták fel különösen a pp. lueses eredetének bizonyítására, midőn serologiai és cytologiai bizonyítékok nem álltak rendelkezésre. És erre ezen különös forma igen alkalmas is, mert többnyire más lueses maradványok is mutathatók ki a benne szenvedő egyéneken és mert minden a felnőttnél szóba jöhető ártalom (tüleröltetés alkohol stb. hiányzik.) -- Egyébként a juvenilis eseteknek a fejlődési anomaliákon kívül egyéb anatómiai érdekességei is vannak, így pl. a két vagy több magvú PURKINJE-sejtek, korai ütőérelmeszedések stb. l. HOUGT.

Mintegy másik kivételes előfordulási alak a conjugalis pp., melyet az egy forrásból származó többes lues-pp. esetek (l. MOREL-LAVALLÉE, BONVAIST, BROSIUS.)-kel együtt nemcsak a lueses eset szempontjából használták ki, hanem a lues nervosa (syphilis á virus nerveux ERB, FISCHLER stb.) bizonyítására hozták fel. Emlékeztetnek ezek a carcinoma familiaris előfordulására (l. BEHLA, HOCHENEGG megfigyeléseit), melyek érthető okokból szintén lekötötték a figyelmet.

A carcinoma kérdésben a hasonló esetek kevés számú előfordulása valamelyes messzebbmenő következtetésekre nem jogosít; pp.-nál különösen a conjugális alakok nem tartoznak éppen a ritkaságok közé és legújabban SPIELMEYER (Jahresversammlung d. Deutsche Bereins f. Ps. zu Kiel am 30 u. 31. Mai 1912. Über die Behandlung der Po. 1. Allg. Zeitschr. f. Ps. 1912. 69. 5. Sitzungsbericht.) az álomkór okozójának biologiai viszonyait hozza fel érvül és azt mondja, hogy syph. á virus nerveux létezését élettani szempontból véve, nem lehet tagadni. Ő ugyanis egy trypanosoma BRUCE-i törzset állatpassageval tudott alkalmassá tenni arra, hogy vele u. n. „trypa-

nosoma-tabes“ t okozzon, ez a törzs négy év óta ismét elvesztette az idegrendszerre nézve különös affinitását. Figyelemre méltó ez a tény, még akkor is, ha nem fogadnánk el — mint SPIELMEYER mondja, a SCHAUDINN-féle hypothesis-t a spirochaeták és triponosomák rokonságáról, mert ezzel szemben — az EHRLICH és UHLENIUTH által inaugurált experimentalis therapia — az arsen készítményekkel éppen a trypanosomiasisnál kiváló sikerrel járt. Ugyancsak ő még arra is rámutat, hogy spirocheták hiánya a pp.-énél (úgy klinikai, mint anatómiailag véve) még nem jelenti azt, hogy a pp-os egyén nem volna spirocheta hordozó. Erre nézve egyébként más szerzőknek is hasonló véleménye van és általában a spirocheta depot-k rejtett voltában keresik az okát annak, hogy még eddig nem találták őket a pp.-és elváltozásokban meg. EHRLICH a frankfurti orvosegyesület előtt NOGUCHI munkálatairól számol be (1913. február) a ki 71 pp. esetben 14-ben az agyszövetben kimutatta a spirochetákat. Mindaddig, míg az eredeti dolgozat meg nem jelenik és míg ellenőrző vizsgálatokról tudomásunk nincs, óvatosnak kell lennünk e lelettel szemben. Ha igaznak bizonyul, kétségtelenül egy nagyon fontos adat lesz ugyan, de nem fogja okvetlenül sem a betegség pathogenesisére, sem a kórboneztani folyamat lényegére vonatkozó jelenlegi tudásunkat megváltoztatni. Úgy a megjelenés ideje, mint a lefolyás és az antilueses kúra sikertelensége minden tekintetben jól elhatárolja a pp-ét a leues cerebreinek minden alakjától, épp így az anatómiai elváltozások a maguk egészében nem támogatnák azt az érvelést, hogy előállásokhoz a szöveteknek spirochaetákkal való közvetlen érintkezése volna szükséges.

NOGUCHI eredményét azonban már azért is fontosnak kell tartanunk, mert csak nemrég (1910. máj. 28. és 29-én, — a délnyugati német neurologusok és pszichiaterok vándorgyűlésén) mutatta ki STRASSMANN először — a spirochetákat „lues cerebri“-nél.

Az utolsó évek serologiai és cytologiai eredményeiről aetiologiai szempontból véve legyen e helyen csak annyi megemlítve, hogy bár nem döntötték el a pp. lueses eredetét, mert maguk sem egészen specificusak, de mégis már nagyon közel

hozták egymáshoz a két betegséget és fontos érveknek bizonyultak azok ellen (NAECKF, JOFFROY, a kik lues és pp. közti összefüggést még ma sem látják bebizonyítottnak, kiknek követője ma már azonban alig akad.

A ROBERTSON-féle diphteroid bacillusokat: a b. paralyticans longus et brevis és hasonló kóroktani fontossággal felruházott mikroorganizmusokat (l. R. Brit. med. Journ. 1907. II. p. 806. és The Journ. of. mental Science Vol. LVI. oct. 1910.) fedezők kivételével ma már senki sem tárgyalja komolyan.

Nyílt kérdés maradna még ezek után az, hogy miért annyira alacsony a pp.-száma lues gyakoriságával szemben (az összes lueseknek a pp. csak mintegy 1—3—6%); erre nézve ugyan biztos feleletet nem tudunk adni, de KRAEPELIN jogosan hivatkozik ezzel szemben MARSCHALKÓ és mások közleményeire, melyek szerint a tertiär lues-esetek is az összeseknek csak mintegy 6—8—10%-át teszik ki. (L. KRAEPELIN J. cit. mű II. Bd. 495. old.)

Ezekben próbáltam vázolni nagy vonásokban a lues-paralysis kérdést, mely arra az eredményre vezetett, hogy a pp. csak lueses egyénben állhat elő, gyakran praedisponáló okok jelenlétében.

Hogy e referatumban néhol egyes látszatra fontos kérdéseket csak érintettem, annak oka abban rejlik, hogy az inkább a betegség lényegével, mint okával függnek össze, a miről egy következő előadásban szándékozom beszámolni.

KÖZLEMÉNY A BELGYÓGYÁSZATI KLINIKÁRÓL.

Igazgató: JANCÓS MIKLÓS dr. nyilv. r. tanár.

Aneurysma permagnum egy esete.*

(Egy képmelléklettel).

Irta: KOLESZÁR LÁSZLÓ dr. klinikai gyakornok.

Sz. J. 46 éves férfi beteg pár nap előtt felvéteti magát azzal a panasszal, hogy kb. 2 év óta mellének jobbfelén daganata van, mely ez év márciusáig tyúk tojásnyi volt, azóta rohamos növekedésnek indult s most emberfejnyi. Időnként jobb felső végtagjában zsibongást érez. Anamnesisben lues, vérsavójával végzett BORDET—WASSERMANN reactió positiv.

A jobb mellkas félen elég éles határú, felfelé a kulcsesont alsó széléig, lefelé az V.-ik borda alsó széléig jobbra az elülső hónalj vonalig, balra a szegycsont bal szélének megfelelő helyig érő, már messziről is jól látható lüktetést mutató, el nem mozgatható doganat van, mely felett a bőr a felső és alsó bal harmadban pirosan elszíneződött és inkább elődomborodó. A daganat tömött, rugalmas tapintatú minden irányban, a szív működéssel egyidejű lüktetést mutat. A daganat szélénél a bordák jól érezhetők, de végük nem tapintható ki.

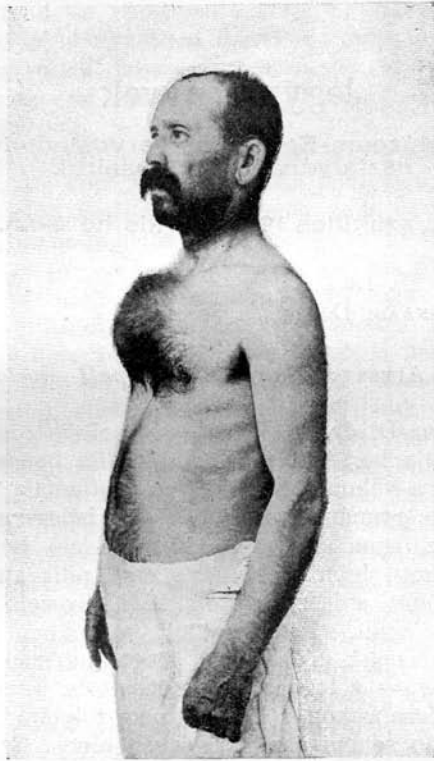
A daganat felett puha systolés zörejt lehet hallani, a második hang tiszta.

Ezek alapján nyilvánvaló, hogy itt egy *aneurysmával* van dolgunk.

Roentgen átvilágításnál az aorta ív egészen szabadnak látszik. A daganat által okozott árnyék a megnagyobbodott szív fel és előfelé való közvetlen folytatásában áll. Jól látható

* Bemutatás az E. M.-E. orvostudományi szakosztályának 1913. május hó 31.-én tartott ülésén.

a szívvel egyidejű lüktetés. Oldal átvilágításnál a hátsó gátor ür csaknem teljesen szabad, trachea, oesophagus rendes képet nyújt.



Az aneurysma növekedése előre felé történt és kikoptatva maga előtt a bordákat és a szegycsont egy részét közvetlen a bőr alá került. Légzési, nyelési, hang képzési nehézségek hiánya, másrészt az árnyék elhelyezkedéséből legnagyobb valószínűség szerint mondhatjuk, hogy az aneurysma az *art. anonyma* legelső szakaszából indult ki.

Jegyzőkönyvek

az „Erdélyi Múzeum-Egyesület“ orvostudományi szakosztályának szaküléseiről.

IX. szakülés 1913. április hó 5-én.

Elnök : DAVIDA LEO.

Jegyző : KONRÁDI DÁNIEL.

I. KENESSEY ALBERT: *Magától megrepedt aorta.* (L. Értesítő 225—232. lap.)

II. VESZPRÉMI D. dr. 1. *Volvulussal szövődött atresia ilei congenita* esetét mutatja be. A 36 órát élt újszülött boncolása alkalmával feltűnt, hogy a vékonybelek nagyon puffadtak, ki vannak tárgúlva. Ennek oka gyanánt teljes 360°-os bélcsavarodást lehetett találni, a mely az ileum alsó részén a megfelelő helyen igen erős leszorítást is okozott. Igen szokatlan s első pillanatra alig érthetőnek látszott az, hogy a leszorítás helyétől elvezető ileum részlet szintén nagyon kitágult, sőt fokozottabb mértékben, mint a volvulus fölött levő bélkacsok. Tüzetesebb megtekintésnél kiderült, hogy a bél ezen legalsó — s legnagyobb görbületén mérve, mintegy 20 cm. hosszú — része vakon végződik, nem folytatódik a vakbélbe és azzal egyáltalán semmi összefüggésben nincs. Ez utóbbi rendes helyétől kissé magasabban és a gerincoszlophoz közelebb fekszik, s proximalisan egy 6 cm. hosszú, összeesett, lúdtollszár vastag, szintén vakon, egy kissé csúcsosan végződő, zárt ileum részletbe megy át. — Egyébként a vakbél, vastagbelek, S. Romanum végbél ugyancsak összeesett, alig czeruza vastagságú. Helyzetük, lefutásuk — eltekintve a vakbélről — rendesnek mondható. Ebben az esetben tehát az atresia az ileumon 6 cm.-re keletkezett az ileo coecalis billentyű fölött. A felső vakon végződő — és előzetesen a meconium felhalmozódása miatt bizonyára nagy mértékben kitágult — bélrészleten képződött minden valószínűség szerint a volvulus, a melynek kifejlődésére a feltűnően hosszú, kivongált szabad mesenterium és az ileum vakon végződő részének szálalagos odanövések által történt rögzítettsége kedvező viszonyokat teremtett.

2. *Ascarisok által okozott choleangitis.* Egy 47 éves nőnél a duct. hepaticusban, a májból jövő nagy epeútakba mintegy beékelődve, néhány ascaris találtatott, köztük egyik szinte összetöpörödött, epésen beivódott. A duct. choledochus és hepaticus ki van tágulva, nyákhártyájuk dűzzadt, belővelt, tartalmuk zavaros, gennyes híg epe. A máj felületes részeiben szétszórtan pár helyen tályogok vannak. A sárgaság hiányzott, a minék az a magyarázata, hogy az epe utak nem voltak teljesen elzárva, s így epepangás sem állott fenn, mert az epe kiürülésében az ascarisok számbavehető akadályt nem képeztek.

III. MAKARA LAJOS dr. 1. *Ascarisok okozta ileus.* „*Ileus verminosus.*“ H. V. 18 éves földmives fiú, felvétetett 913. III. 14. Négy nappal az előtt hasfájdalmak lepték meg, azóta széke nem volt, szelek nem mennek, időnként csuklik. A nyurga beteg nagyfokban elesett, halvány, szemei becsettek. A has feszes, elődomborodó, mindenütt érzékeny. Májtoppulat kisebb, léptompulat nagyobb. Érlökés 96, kis hullámú, könnyen elnyomható. Hőmérsék 36.5. Fehér véresejtek száma 14000. Műtét azonnal, a hasat köldök alatt megnyitva tágult belővelt vékony bélkaesok tűnnek elő, melyek közül siller borszínű, vörhenyes véres savó ömlik. A véres exsudatum körülbelül 2 liter lehetett, a belek kissé fényüket veszítették, de fibrines felrakódások nincsenek. A folyadék kiitatása után a kis-medenczéből összeesett bélkaesok kerülnek elő, ezeket követve egy körülbelül 20 cm. hosszú oly bélrészletre jutunk, mely ascarisokkal van kitöltve olyformán, hogy a bélfal szorul mintegy az ascarisokra, mert a bélürtere itt inkább szűkült, mintsem tágult. A belek tágultsága és belőveltsége ezen hely fölött kezdődik. Nyomkodással sikerül az összegomolyodott ascarisokat szétmozgatni annyira, hogy a bél átjárhatósága helyreállottnak látszott, azért is további beavatkozás nélkül a hasat bezártuk. Physostigmin után másnap híg székletét. III. 18. Santonin-calomel porokra bő székürülés 2 ascarissal; III. 21. újból 12 ascaris távozik az üreléssel. A fehérvéresejtek száma IV/2. 6000; ascaris peték a bélsárban ez idő szerint nem találhatók. — Jelenleg a beteg teljesen jól érzi magát s így elboesátjuk.

Esetünkben az ileus okozójául az ascarisokat vehetjük csak föl, mert az ascarisoktól kitöltött bél fölött a belek tágak és belőveltek, míg alatta összesettek voltak. A véres exsudatum a tágult belővelt belektől származhatott. Sehol a beleken leszorítást vagy csavarodás nyomát látni nem lehetett. Maguk az ileus tünetei is enyhébbek voltak, nevezetesen a beteg a négy napos szél- és székrekedés dacára nem hányt, viszont azonban a beteg gyengesége nagy fokú volt.

Az ileus verminosus létezése felől egész az utolsó időkig vitatkoztak, aminek okát kétségtelenül az képezi, hogy az ascari-

sok rengeteg elterjedtségéhez képest feltűnően ritkán fordulnak elő ilyenmő komolyabb bélpassage zavarok. Így LEICHTENSTERN is kétségbe vonja az ileus verminosust, s a között eseteket hibás észleletből igyekszik kimagyarázni. Manap azonban úgy pontos bonczleletek, mint jól észlelt operált esetek alapján el kell fogadnunk, hogy az ascaris lumbricoides egyrészlől ileust okozó bélspasmust képes kiváltani, másrészlől tömegbe gabalyodva el is zárhatja a bél üreget, tehát obturatiot okozhat.

WOLFLER és LIEBLEIN (Die Fremdkörper des Magen-Darmkanals. 1909. Deutsche Chirurgie) néhány belsőleg orvosolt eset mellett 10 kőbonczolással igazolt ileus verminosust sorolnak föl, továbbá 3 ascaris okozta enterospasmust, 4 invaginatiot és 5 ileust, melyek műtétileg voltak igazolva. Azóta is szaporodott a kasznitika, úgy hogy RYBAK A. legújabban (orosz Arth. ref. Zentrbl. f. die gesamte Chirurgie etc.) már 46 ileus verminosust tudott összeállítani saját esete mellé.

Az ascaris az ileuson kívül, vándorlásával, tályogba kerülésével, bélfekélyek átfurásával, sőt nagy tömegével sebészi jelentőségű — de mindezekre nem akarok e bemutatás keretében kiterjeszkedni; csak azt kívánom még jelezni, hogy Erdélyben a köznépnl laparotomiáink alkalmával szerzett tapasztalataink szerint az ascaris rendkívül elterjedt bélféreg.

2. *Kardiolysis Brauer szerint, mediastino-pericarditis adhaesiva miatt.*

F. L. 22 éves napszamos. Baja 6 év előtt kezdődött, amikor hat hétig ágyban fekvő beteg volt, állítólag nagy lázak, mellkasi fájdalmak és fulladás voltak a gyengeség mellett betegségének kísérői. Ezóta mindig beteges, mert betegsége végén hasa elkezdett dagadni, s ez azóta hol nagyobb, hol kisebb, de teljesen le nem apad. 5 év múlva 1911. szept.-ben a belklinikára vétette föl magát betegsége miatt, majd 4 hét múlva javúltan haza ment. 1912. okt. 14.-én vétette föl magát újból a belklinikára, mert most már járni sem képes, gyorsan elfárad, szívdobogása van, étvágya nincs, lélegzése nehéz, köhög, hasa nagy mértékben dagadt.

Felvételkor a beteg halvány, cyanotikus. Mellkas domborad, a has jelentékenyen tágult. A tüdőhatárok egy borda közzel feljebb végződnek, a hasban szabad folyadék ad tompulatot. Hátul a tüdők teljes éleshangja a VIII. b. alsó szélén végződik, ezenalúl tompult, gyengült légzéssel. A tüdők felett mindenütt apró hólyagú nedves szörcszörejek hallhatók. Belégzésnél a mellkas alsórésze különösen behúzódik. A szív orthodiagramos felvétel szerint minden irányban megnagyobbodott, hosszátmérője 15 ctm., szélessége 10 cm. A szív fölött a 4. bordaközben a systolekor behúzódás látható és tapintható, míg diastole alkalmával a mellkas fal előre löketik. Érverés

kissé szapora, kis hullámú, eléggé feszes, rhythmusos, paradox. A szív fölött diastolikus zörej.

A máj *tompulat* a 6. borda felső szélén kezdődik s 2 harántujjal a borda ív alá ér. Tapintásnál felszíne egyenetlen, tömött. A lép is két harántujjal a borda ív alá ér, tömöttebb, sima felületű.

A has kerülete a köldök magasságában 93, a proc. xyphoid. magasságában 98 cm. A vizelet fs. 1022, fehérje és cukormentes, az üledékben sok kilúgozott vörös vérséj van. Nov. 7.-én a hasból 9 lit. 1017 fs., 9% fehérje tartalmú savót bocsatottak ki, de az ascites csakhamar újból fokozódik a diureticumok daczára.

Műtét 1912. decz. 23. morphin 0.01, chloroform-aether oxgyén bódítás óvatosságból a TIEGL-féle magas nyomású készülékkel. Lefelé domború lebenyes metszéssel szabaddá tesszük a szívtájékot, eltávolítjuk a 4., 5. és 6. bordákat a sternumtól a mellső hónalj vonalig s még a sternum jó részét Luerel, amíg a szívburoknak a mellkas csontos falával összenőtt területe látszólag felszabadul. Óvatosan eltávolítjuk mindenütt a hátsó esonthártyát is, azután a sebet teljesen elzárjuk.

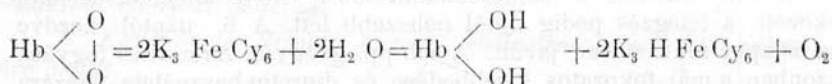
A műtét után közvetlen megkönnyebbedés volt tapasztalható a lélegzésben és a szív működésben, de 3., 4. és 5. napon a tüdőhurut súlyosbodott s délutánoként 39.7—39.3 hőemelkedéseket okozott, a lélegzés pedig újból nehezebb lett. A 6. naptól kezdve az állapot fokozatosan javult. A seb pp. gyógyul. Az ascites fogyása azonban a máj fokozatos kisebbedése és diuretin használata daczára csak lassan következett be. Mivel a has az utolsó hetekben változatlan III. 27. megcsapoljuk s 5 lit. folyadékot tudunk még kibocsátani (novemberben 9 lit. volt a lecsapolt savó.) A beteg közérzete máig, tehát 3¹/₂ hónap múlva sokat javult, cyanosisa megszűnt, egész nap fenn jár, mája tetemesen megkisebedett, a has megapadt, a pulsus paradoxus elmúlt. Meg van azonban még a beteg munkára még nem volna képes. Hogy a továbbiakban fog-e még az állapot javulni s milyen fokban, azt az eddig közölt esetek eredményei alapján meg nem mondhatjuk, de remélhetjük. A csontos mellkason készített ablak jól látható és tapintható; e területen jól láthatjuk a szívcsúcs systolicus behuzódását és diastolekor a szív előreboltosulását.

Esetünkben a BRAUER-féle mediastino pericarditis minden tünete meg volt, a mellkasfal systolés behuzódása és diastolés előboltosulása, a PICK-féle hypertrophiás májcirrrosis, a pleura kérgesedések, a paradox pulsus, ascites, cyanosis. Méltán várhattuk tehát, hogy a szívvel összenőtt csontos mellkasfal mobilizálása jó eredményt ad, amennyiben a beteg fiatalkorra a következményes változások javuló képességét engedte remélni. Reményünk ez ideig csak részben tel-

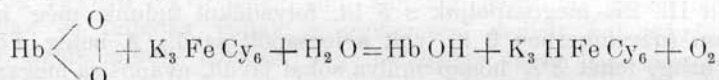
jesült, amennyiben tényleg jelentékeny javulás állott be, de a munkaképesség még nem tért vissza.

Az irodalomban eddig közölt kardiolytic esetek nagy részénél a javulás szinte közvetlen mutatkozott a műtét után s a betegek munkaképesek lettek, persze más részénél csak javulás volt — ilyen a mi esetünk is. A műtét maga a BRAUER-féle kardiolytic a mediastino pericarditis adhaesiva eseteiben feltétlenül megállja helyét, az ember műtétkor szinte látja, mint szabadul föl a szív azon óriás muokavesztességtől, mely a csontos mellfal mozgatásával az előtt reá hárult. Kivitele aránylag egyszerű, csak a narcosis aggályos ezen rossz körülmények közt levő szívnél. Az eddigi esetekben azért nincs nyoma, hogy narcosis végzetes bajt okozott volna. Helyi érzéketlenítéssel eddig nem boldogultak.

IV. REINBOLD BÉLA dr. *Adatok a methaemoglobin szerkezetének ismeretéhez.* Előadó az oxyhaemoglobin és ferricyanokium között végbemenő reakciót abból a czélből tanulmányozta, hogy a folyamat stöchiometriáját megállapítva, ebből a methaemoglobinnak kémiai szerkezetére következtethessen. Az eddig ismert adatok alapján a methaemoglobin molekulájában az oxyhaemoglobin „laza” oxygen atomjainak helyét két, vagy egy OH csoport foglalja el. A fennebb említett reakció menete az első esetben



a második esetben



kell, hogy legyen. Előadó részben spektrophotometerrel, részben gázmérési kísérletekkel megállapította, hogy 1 mol. oxyhaemoglobint 1 mol. O₂ felszabadulása közben 1 mol. ferricyanokium alakít át aequivalens mennyiségű methaemoglobinná. Ebből következtethető, hogy a methaemoglobinban az oxyhaemoglobin „laza” oxygeniumának helyén egy OH csoport van. Ez a lelet KÖRSTER felfogásának helyességét bizonyítja. Arra nézve, hogy a Hb törzsnek a methaemoglobin keletkezése közben felszabaduló vegyértékével mi történik, további kísérletektől kell felvilágosítást várnunk.

X. Szakülés 1913. április 12.

Elnök: KLUMÁK ADOLF.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. VERESS GÉZA: Marschalkó pr. úr szíves megbízása folytán van szerencsém e 2 megjelenési formájában aránylag ritka, igen tanulságos universalis syphilises leukoderma esetét bemutatni.

Mind a kettő tipikus syph. leukoderma, mely talán a bőr különbeni természetes hyper pigmentatioja, sötét színe miatt ilyen kifejezett formákon ritkán található s növeli az esetek érdekességét az is, hogy unvers. az egész törzsre kiterjednek e leuk. foltok.

A Leukoderma syphiliticum élesen határolt, kerek, szabályos, egymással egyenlő depigmentatio foltjai össze nem téveszthetők a más dekoloratio folyamatok okozta vitilligo, leukoderma psoriatic albinismus stb.-vel. E kicsiny, egymással össze nem folyó, egyenlő foltok könnyen differenciálhatók a Leukod psoriatic. nagy foltjaitól, valamint a pseudo leucodermának nevezhető és a vonalas, csikolt hyperpigmentatio folytán előálló látszólagos festeny hiánytól is. (Pl. meleg borogat.)

Praedilection. helye a nyak tájéka, azonban igen gyakran a vállakra s hátra is terjed, vagy ritkán mint e 2 esetben is, az egész törzsre s végtagokra is.

Nőknél aránylag gyakrabban fordul elő, mint férfiaknál, ennek valószínű oka a nők pigmentatiojának a labilitásában keresendő, minek phys.-körülmények közt is nem egy példáját láthatjuk pl. terhességnél. Hogy barnáknál gyakrabban fordulna elő, annak valószínű oka a színcontrast miatti szembetűnőség, könnyebb felismerhetőség lesz.

A L. s-cum főleg az infectio I. félévében szokott fellépni. Tehát a korai stadiumban, a mikor legvirulensebb a betegség. Éppen ezért diagnostikai fontossággal bír, mely csak azóta csökkent, mióta a W. R. elhódította előle a teret. Azért most is biztos kriteriuma a syphlisnek s igen fontos symptomája a lateus lues. nek.

A Leukoderma átlag 5—8 hónapig fennáll, azonban sokszor évekig is fennállhat. Kezeléssel nehezen befolyásolható. Ennek érdekes példáját láttuk nemrég klinikánkon, höl egyik puellánál, kinél klinice biztos leukoderma volt a W. R. negatív volt. Illető ezelőtt 3 héttel egy előrement Hg. Salvarsan kurát végzett, mely a W. R.-t ennyire befolyásolta, míg a leukodermát nem változtathatta meg.

Késői stadiumban ritkán fordul elő. BRAUDWEINER statistikája 9-et említ. Congenit s. nél szintén ritka. RILLE írt le egy esetet 1½ éves gyermeknél Az eshetősége ennek is meg van, a menyenyiben a partus alatt acquiralt csecsemő s. e lefolyásában semmiiben sem különbözik a később acquiralt s.-lefolyásától s így a leukoderma képződést sem zárja ki.

Régebben az eredetre vonatkozólag egy post maculosus v. post papulosus, v. postexanthematicus és egy primär idiopathic leukodermát vettek fel. Ma már tudjuk, hogy a leukodermát ugyanaz a virus hozza létre, a mi az eflorescentiát, a syphlis mérge, mely ha nem durva elvált. nyomán lép is fel, okozhat klinice, makroszkopice nem látható olyan gyulladási folyamatot, mely a basalis-

sejtek festékképzését felfüggeszti, a tönkrement festékanyag eliminálása után, a bőrön most már makroszkopice jól látható festényhiányt okoz. Klinikai vizsgálataink győztek meg arról, hogy ha idejében, frissen vizsgálta, régiiek által primär-leukod. tartott elvált-ból szövettani metszetet készítettünk, mindig találhattunk a cutis mélyebb rétegeiben s a subcutisban endo peri phlebitist s kifejezett sejtes infiltrációt, mely megegyezik egy specific. gyulladás képével.

A leukoderma fellépésének a feltételeit nem ismerjük. Valószínű, hogy a fény vagy hő hatással bír, EHRMANN legalább kísérletileg is előidézett exanthemából egy uviol lámpa segítségével. Egyéb momentumok, mik a leukoderma képződést elősegítenék, csak hypotheticusak.

Hozzászól.: VERESS FERENC és GÉBER JÁNOS.

II. BENEDEK LÁSZLÓ: A paralysis progressiva aetiologiájáról. Referáló előadás. (L. Értesítő 233—243. l.)

XI. szakülés 1913. május hó 10-én.

Elnök: DAVIDA LEO.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. VERESS GÉZA: MARSCHALKÓ professor klinikájáról beteg bemutatás.

25 éves fiatal ember. Homlokán 5 év óta fennálló fekélylyel. Orrgyök és a két szemöldök iv közti területen, egyenetlen, felhányt szélű, hámgűrűvel övezett fekély. Klinikai kép és az anamnesis adatai is megfelelnek az ulcus rodens-nek. A kuriozumképpen végzett W. R. negatív. A szövettani vizsgálat basocellularis epilheliomát mutatott. Ezen aránylag jobb indulatú cancer ily fiatal korban ritka.

Theraphiája RÖNTGEN vagy sebészi. Ez esetben a radicalis seb beavatkozásnak nemcsak hogy akadályai nincsenek, de a fekély helyzete ép alkalmassá teszi arra.

Hozzászólás: MARSCHALKÓ TANR: A bemutatott esetben meglepő az, hogy a bőrök aránylag egészen fiatal egyénnél lépett fel. A klinikai kép — majdnem porczkemény, kissé kiemelkedő, de nem lobos, hanem neoplasmás jellegű szegély — oly jellegző, hogy a lassú éveken át húzóódó fennállásra tekintettel, mikroszkopos vizsgálat nélkül is biztosan meg lehet a körjelzést ejteni. Annál fontosabb, hogy a gyakorló orvos is korán felismerje a kezdődő epitheliomát, mert a gyökeres gyógyítás — egyelőre sajnos, itt is csak a radikális műtétben van; a RÖNTGEN sugár hatása — bár a klinikai eredmények meglepőek, s az eredmény kozmetikus tekintetben majdnem fölülmulhatlan, mégsem oly biztos, miután mint ezt újabb

vizsgálatok, köztük hozzászóló vizsgálatai is beigazolták, a RÖNTGEN sugár csak az egészen felületesen fekvő rákfészkeketképes elpusztítani.

II. ZACHER PÁL: *Többszörös máj és hasüreg echinococcus egy esetét mutatja be.* 52 éves napszámos, első ízben 1912. januárjában jelentkezett a belgyógyászati klinikán. Elmondja, hogy 5 hó óta beteg, 2 hó óta hasának felső részén csomókat érez ki, a melyek fájdalmasak. 5 hó előtt súlya 75 kg. volt, most 55 kg. Véretet nem hányt. Jelen állapottól fontosabb adatok a következők. Tüdőhatárok egy bordaközzel lejjebb végződnek. Nyelv bevont. Has a rendesnél nagyobb terjedelmű, különösen felső részén erősebb elődomborodás látható. Tapintásnál jobb borda ív alatt, egy dudorzos ellentálló képlet érezhető, melynek felületén 2—3 kb. alma nagyságú a legnagyobb. Tömöttek, nem fluctuálnak. Ezen kívül a hasüreg egyéb tájékán is érezhetők ki hasonló csomók az előbbiekkal egyező consistentiával, de ezek mozgathatók. Próba reggeli után kiszivattyuzott gyomor bennékben az összacacitás 54. HCl 13, tejsav 0. A beteg 5 napi benfekvés után elhagyta a klinikát.

Másodízben a beteg 1913. március 31-én kereste föl a klinikát. Állapota ezen idő óta folytonosan rosszabbodott. Hasa feszegebb, fullad. 1912. ősz óta naponkint hideglelései vannak, éjjelenkint izzad. Két hét óta végtagjai dagadni kezdenek. Fizikális vizsgálat alkalmával nagyjában ugyanazon elváltozásokat találjuk, mint az előbbi alkalommal. Máj most is nagyobb, göbös. Icterus hiányzik. A beteg 5 nap alatt hashártyagyulladás tünetei között meghal. Boncsolás eredménye a következő:

Férfi holttest. Csont és bőríg lesoványodott. Kachexiás kinézésű. Has mérsékeltén előbultult. Alsó boka körül mérsékelt vizenyő.

Hasfal megnyitásakor kb. 800 kbc.-nyi borleves színéhez hasonló, fibrin cafatokat tartalmazó folyadék ürül. Gázok nem távoznak. Már a folyadék ürülésekor is meglátni a benne uszkáló borsó, mogyorónyi gömbölyded, folyadékkal telt hólyagokat, melyek meglehetősen nagy számmal vannak és a hasüreg minden részében megtalálhatók. Máj a hasfalhoz hegesen odanőtt. A vékony bélcsok fibrines összetapadásban vannak. Úgy a vékony, mint a vastagbelek mesenteriumán elég nagy számmal ülnek alacsony kocsányon borsó, mogyoró nagyságú, gömbölyded szőlőszemszerű hólyagok. Ezek megtalálhatók a kis medencében a végbél falán is.

A jelentékeny, főleg jobb lebenyében eltorzult máj egész felszínét mogyorónyi, diónyi hólyagok teszik egyenlőtlené, melyeket a hasfalról eltávolított kérges heg szövet fed, a mely egyúttal a máj dudorzos felszínét elsimulttá teszi, csak a hól a heges szövet el van praeparálva, tűnnek át a hólyagok. A máj karélyos alsószéle össze kapaszkodott a haránt remesével, bal széle a gyomorral, mely-

hez egyúttal 5—6 kis diónyi, mogyorónyi szőlőfűrthöz hasonló, alacsony kocsányon ülő hólyag van rögzítve. A diaphragma több helyt diónyi gömbszerűen elő emelkedő hólyagok által van előboltosítva. Ezeknek megfelelőleg az izomzat annyira sorvadt, hogy áttűnni engedti a fluctuáló cystákat. Barna vörös májszövet a máj rekeszi és hátsó felszínén látszik csupán. Alakjában leginkább még a máj bal lebenye megtartott, de ennek is a rekesz felé eső alsó felszínén almányi tömlős elődomborodás van. A jobb lebeny mellső felületének kb. a közepén a hólyagok közt a kérges heg szövetben egy kis ujjat befogadó nyílásból epétől élénk sárgára festett nyúlós folyadék ürül, sűrűn tartalmazva hól ép, hol már megpukkadt leány hólyagokat. Megnyomva a még épnek látszó máj felszínét, akkor is ürül *epés geny.* Metszéslapon a máj jobb lebenye egy nagy, de több rekeszű barlanggá van átalakulva, melynek egyes inkább cylinder alakú rekeszeit keskeny szürkés fehér hegyszövet választja el egymástól, másutt még kevés barnás, megmaradt májszövet. A máj bal lebenyében székelő egy rekeszes barlang közlekedésben van a jobb lebeny több rekeszes barlangjával. Mind kettőt csupán fibrines gennyel takart sarjadzások szövet béleli és a hydatida saját falát csipővel sem lehet levonni. Ezen metszéslapon kiderült az is, hogy a máj mellső felszínét dudorzatossá tevő hólyagok nem a máj parenchymájában fekszenek, hanem a májat borító Glissontok felett s hogy azok a máj felszínét oly erősen benyomják, hogy a májban önmaguknak mintegy lenyomatát adják és pedig a máj állomány nyomási atrophija folytán. Ép így csupán benyomják és sorvasztják a máj állományát a rekeszi felszínén székelő hólyagok is. Ezeket a Glissontokkal együtt ki lehet emelni a májból és meglehet kapni azok sima, sértetlen ágját a májban. Felemlítendő még, hogy a máj felszínén fekvő kisebb hólyagok sem egymással, sem a máj többrekeszű barlangjával nem közlekednek. Az ephólyag heges, zsugorodott, benne besűrűsödött törmelések epe. Az ephólyag az eddig említett hydatidákhoz teljesen hasonló hólyagok által van közre fogva, mely utóbbiak betörnek a mesocelon transversumba, sőt beburjánznak a retroperitonealis kötőszövetbe is. A flexura coli dextra alatt egy szinte ökölnyi hólyag komplexum található, a mely a máj felületét fedő és a mesocolon transversumba beburjánzott hólyagokkal összefüggésben van. A flexura coli sinistra mesocalonjában két hólyag fekszik. Ezek közül az egyik kis almányi, a másik diónyi. A mesocolon descendentben, a mesosyngmoideumban, a mesorectumban egymással összekapaszkodó férfi ökölnyi, dudoros felületű hólyagtömegek fekszenek. A kis medencéből jó ökölnyi, szinte feszülésig telt hólyag emelkedik elő, szorosan összekapaszkodva a húgyhólyaggal s a mennyire követni lehet, nagyobb tömegével a keresztcsont vajúla-

tát tölti ki. Ugyanily hólyagos, de kisebb, gyermekökölnyi tömeg tapintható ki a mesococumban is. A bal vese medencze, a bal ureter nyomatása folytán kis almányira tág, pyramisok lelapítottak. Egyéb különösebb elváltozás nem volt. Az elgennyedt máj echinococcus tartalmában igen sok staphylococust találtunk és kevés coli szerű bacillust. Végeredményben a halált az elgennyedt máj echinococcus perforációjához esatlakozó általános gennyes hashártyagyulladás idézte elő.

Az irodalomból felsorolt esetek, kísérletek alapján a hasüreg többszörös echinococcusát a máj echinococcusából származtatja oly formán, hogy a máj echinococcusát tartja elsődlegesnek, melyek — tekintve a hasüreg disseminált echinococcusainak nagyságát — talán két, három évvel beállott spontan repedése után indulhattak fejlődésnek a hasüreg többi echinococcusai, melyeknek egyrészt éppen a májkörüli gömbszerű csoportosulása, kocsányossága, másrészt a kismedenczében való elhelyeződése szinte kísérletszerűen tanuskodnak feltételének valószínűsége mellett.

Hozzászólás: VIDAKOVICH KAMIL dr. ritka elhelyeződésű echinococcus hólyagot mutat be. A tömlőt 1909 aug. 16-án írtotta ki a sebészeti klinika járóbeteg rendelésén. M. Gy. 34 éves szobafestő nyelvvalatti tájáról. Mint baja előzményeit a beteg előadja, hogy két év óta veszi észre, hogy nyelve alatt mindjobban megdagad. Eleinte a daganat, mely nem is nőtt feltűnőbben, különös bajt nem okozott, utóbbi időben azonban rohamosan megnövekedett és súlyos kellemetlenségeket okozott neki. Utóbbiak főleg abban állottak, hogy száját nem tudta becsukni, állandó nyálfolyásban szenved, lélegzése akadályozva van és emni nem tud. — Mindezek miatt esont és bőrre soványodott le. Kérdésünkre, hogy városunk lakója lévén, miért juttatta ennyire a dolgot, azt a választadta, hogy társai lebeszéltek a műtétről, melytől ő maga is félt.

Klinikailag a daganat nyelvvalatti tömlő képét nyújtotta, mindenestre szokatlan nagyságban. A nyelvvalatti tájat úgy a szájfelé, mint kifelé is erősen kidomborította. A szomszéd képletek felől elmozdíthatóságot nem mutatott. A száj nyálkahártyáján keresztül kékesen tünt át. Kifelé ép bőr fedte. A nyelv a szájpadhoz volt nyomva, mozgásai nagy fokban korlátoztak, épp úgy a nyelés, valamint a lélegzés is. Száját becsukni nem tudta; nagyfokú nyálfolyás.

Mindeme tünetek alapján ritka nagyságú ranulának tartottuk és mint ilyen, ambulanter rögtön meg is operáltuk. Legnagyobb meglepetésünkre a bemetszésnél, melyet a nyelvtől jobbra ejtetünk ott, hol a daganat a szájnyálkahártyát legjobban elődomborította, a készítményt képező 7 cm. átmérőjű gömbszerű echinococcus hólyag toltult elő. Kifejtése könnyen sikerült, benne számos leányhólyag volt. Az üreget jodoformgazeval tömtük ki és ily formán

kezeltük kb. másfél hónapig, mely idő alatt teljesen meggyógyult. A beteg két hónap alatt a műtét után 25 kilogrammot hízott.

A eset felemlítését 3 oknál fogva tartom érdemesnek: Először elhelyeződésénél fogva a ritkaságok közé tartozik. A rendelkezésemre álló irodalomban a következő nyaki echinococcusokat találtam: Bizonytalan elhelyeződéssel közölnek eseteket: PERIĆ és LALIĆ 1897, REICH 1898, DE NICOLA 1901; a nyaki és szomszéd izomzatban észleltek tömlőket STEINBRUCK a musc. cucullarisban 1899, FRIGOLI a musc. masseterben 1902, PINATELLE--LERICH a musc. pterigoideusban. A pajzsmirigyből távolítottak el echinococust: EHRHARDT 1905, RICHE és DEVÉR 1906, MAKARA 1906, SANDVOSS 1907 és ULZMANN (2 eset) 1909. Ebből látható, hogy az echinococcus kedvez helye a nyakon egyrészt az izomzat, másrészt a pajzsmirigy. A miénk is valószínűleg a nyelvatti izomzatban: musculus genioglossusban fejlődött. A nyakra a tömlő a vérpályák útján, vagy a mint DE NICOLA esetében valószínűnek tartja, a ductus thoracicus útján jut.

Fontosnak tartottam az eset megemlítését másodszer azért, mert a nyakon diagnostikai tévedésre adhat okot, mi is a hólyag próbapunctiója nélkül ramulának tartottuk. Azért a hólyag punctiója műtét előtt elengedhetlen. Végül harmadszor érdemes volt megemlíteni az esetet, mert tanúságot tesz nálunk még a városi lakosság részéről is néha tapasztalható ama indolenciáról, mellyel testi baja iránt viseltetik.

III. KENESSEY ALBERT *vulvovaginitis gonorrhoeica infantumhoz* társuló belső ivarszervi gonorrhoeás szövödmények 2 esetének kórboneztani készítményeit mutatja be. Az egyik egy 14 hónapos, a másik egy 10 hónapos csecsemőtől származik, kiknél klinikailag vulvovaginitis gonorrhoeica volt, pozitív gonococcus intracellularis lelettel. A klinikai lefolyás tekintetében a betegség különösebb tüneteket, nevezetesen olyanokat, melyek belső ivarszervi megbetegedések gyanúját keltették volna, nem okozott. A gyermekek bronchopneumoniában haltak meg. Boncolásnál a kép általában megegyező mindkét esetben: a vulva, vagina nyákos-gennyes váladékkal fedett, belövelt. A nyakcsatorna gyulladással, gennyes nyákot tartalmaz. A méh üreg tágabb, benne meglehetősen bő, kissé nyákos zöldes-sárga genny. A gennyből mindkét esetben sikerült intracellularisan is előforduló, Gram negatív diplococcusokat kimutatni, sőt az egyik esetben hydrocelés agaron ki is tenyészteni. A méh és függelékei, mindkét esetben, egymással és a kis medence peritoneumával többszörösen összenőttek, úgy, hogy amiatt tetemes dislocatio, a tubaknak, szalagoknak és ovariumoknak rendellenes elhelyezkedése, lefutása és megtöretése, valamint számos vak tasak keletkezett. Az egyik esetben pedig a méh jobb oldalán a lig. latum lemezei közt

erős proliferatios gyulladás a méh jobb oldalán, melynek sarjadzások szövetebe a jobb oldali, a rendes jóval nagyobb átmérőjű tuba mintegy be van ágyazva és microscopice maga is redőinek túltengését, a rendesnél vastkosabb voltát mutatja, míg hámja, bár lelapított, kifoszlásokat nem mutat. A tumorszerű interligamentozus képlet microscopice sarjadzások szöveteiből áll, melynek vándorsejtes elemeit túlnyomólag gömbsejtek és plasmasejtek teszik. A 2 bemutatott eset is támogatja azt az utóbbi időben mindinkább terjedő feltevést, hogy a vulvovaginitis gonorrhoeica a gyermekkorban is, habár nagyon ritkán, ascendalhat súlyos, maradandó elváltozásokat okozva.

IV. MATUSOVSKY ANDRÁS bemutatása: Egy 66 éves asszony a szemészeti klinikára azzal a panasszal jelentkezett, hogy nem lát a bal szemével 4 év óta, a jobb szemével 6 hét óta. A bal szemének fényérzete nem volt, a jobb szemével 2 méterről olvasott ujjakat. A klinikusok atrophia n. optici-t diagnosztizáltak. Így feküdt a klinikán márczius 31-ig, midőn reggel 1/27 órakor hirtelen rosszul lett, eszméletét veszítette és összeesett. Ezen állapotában szív működése felmagasztalt, légzése Cheyne-Stokes jellegű volt s nehányszor az egész testre kiterjedő clonicus göresöket észleltek. Egy óra múlva magához tért, azonban állapota nemsokára rosszabbodott s 9 órakor meghalt. Így került a kórboneztani intézetbe Hemiplegia l. d. (Embolia?) és Atrophia nervi optici (neuritis retrobulbaris) diagnosissal. A boncolásnál kiderült, hogy az a. carotis interna sin.-n az ér egész kerületére kiterjedő jó méretű aneurysma ül közvetlen az a. cerebri med. elágazódása felett, mely a b. o. n. opt. teljesen elsorvasztotta, úgy, hogy ép idegrostot a szövettani vizsgálat alkalmával nem lehetett találni. Az agyalapról elég sok híg vér ürült. Felemlíthető még az aortában talált súlyos arteriosclerosis.

Az agyalapi aneurysmák elég gyakoriak. HEY 322 esetből csinált statisztikát, melyből kiderült, hogy az a. cerebri medián a leggyakoribb. A kórboneztani intézetben már eddig 2 esetben találtak nagyobb aneurysmát. Keletkezésükre vonatkozólag legnagyobb szerepe az arterioscler.-nak van, a bujakór teljesen kizárható. Esetünkben is a WASSERMANN reactio negativ volt. A veleszületett hajlammal is fontosságot tulajdonítanak, melyet több szerző bizonyít eseteivel.

Az agyalapi aneurysmáknak az élőben való felismerése nehéz, mert igen sokszor nem is okoznak tüneteket, máskor pedig csak a bekövetkezett repedéssel kapcsolatos apoplexia árulja el. Jellemző tünete a koponyán hallható zörej. A hazai irodalomban KORÁNYI SÁNDOR báró közölt ilyen eseteket, melyekben sikerült neki felállítani az agyalapi aneurysma diagnózisát, ezen tünet segítségével.

Ha megreped az aneurysma, akkor az apoplexia tünetei lépnek az előtérbe. Ekkor sem lehet megállapítani, hogy aneurysma repedésről van szó, mert sok oly betegség van, mely azáltal, hogy az agy állományába vérzést okoz, hasonló tüneteket hoz létre. Megpróbálták az agyalapi aneurysmákat sebészileg kezelni, mely az a. carotis lekötésében áll. SATTLER 56 esetben végezte ezt a műtétet, állítólag 37 esetben eredménnyel.

Esetünk annyiban bír érdekességgel, hogy az intézetünkben eddig bonczolt agyalapi aneurysmák között a legnagyobb. Azonkívül a tünetei is érdekesek, a melyek arra indították a beteget, hogy a szemészeti klinikákat keresse fel. Beteg megvizsgálása alkalmával sem találtak tüneteket, sőt a bekövetkezett apoplexia sem nyújtott biztos alapot az agyalapi aneurysma felvételére.

Hozzászól: IMRE JÓZSEF. Az ismertetett eset egy része a szemklinikán folyt le. Az asszony látása felvételkor már igen rossz volt: ujjak olvasása 1—2 m-ről, ezért nem lehetett a látótér finomabb vizsgálatáról szó, mely jobb látás esetén a látóideg megbetegedésének mivoltáról, helyéről, fejlődéséről némi tájékozódást nyújtott volna. A diagnosis „neuritis retrobulbaris“ volt, a mit lényegében igazolt a lefolyás. Az egyetlen különbség a látás-élesség gyakori és gyors ingadozása volt, a mi az aneurysma változó feszességéből, tehát az opticus nyomatásának ingadozásából volna talán magyarázható.

XII. szakülés. 1913 május hó 31.

Elnök: DAVIDA LEO.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. KOLESZÁR LÁSZLÓ: *Aneurysma permagnum esete.* (L. Értesítő 244—245. l.)

II. STEINER PÁL: *Adatok Magyarország húgykő-statistikájához.*

A „Magyar Sebésztársaság“ megbízásából foglalkoztam a húgykövek elterjedésével Magyarországon és 1201 húgykőeset jutott tudomásomra, ezek közül 420 a 15. életéven alul, 781 a 15. életéven felül fordult elő. A gyermekkori 420 eset közül 135 eset, vagyis 32% esik Erdélyre; Erdély a gyermekkori lithiasist illetőleg nagy arányban szerepel. Épp így van ez a felnőtteknél is. A 781 felnőtt eset közül 200 eset, vagyis 25.5% esik Erdélyre. Saját eseteink is azt igazolják, hogy Erdélyben gyakori a húgykő. A kolozsvári sebészeti klinikán 1905 óta 117 húgykőeset fordult elő, 40 a gyermekkorban, 77 a felnőtt korban. A gyermekkori esetek mind erdélyiek, a felnőtt esetek közül csak 2 a szomszédos biharmegyei,

többi mind erdélyi. A segesvári kórház 103 esete, a tordai kórház 42 esete szintén mind erdélyi. Így Erdélyt húgykőben gazdag országrésznek kell tartanunk.

III. STEINER PÁL: *A prostata-atrophia sebészi gyógykezelése.* Előadó ismerteti a prostata atrophia kóroktanát, kórjelzését és gyógyító módjait. A 14 eddig sikerrel operált és irodalmilag ismert esethez egy új esettel járul. 47 éves tanító, kinél 10 év előtt gonorrhoea ment előre. 1912 július elején vette észre, hogy vizelési nehézségei vannak, csakhamar teljes rekedés állott be, úgy hogy állandó katheterrel élt. Minthogy conservatív kezelés eredménytelen volt és a vizeletrekedés centralis eredetét (tabes) kizártam és a rectalis, valamint kystoskopos vizsgálattal atrophia prostatae-re tettem a diagnosist, a betegnek műtétet ajánlottam, a melyet 1912 szeptember 4-én végeztem. A műtét transvesicalis prostatectomiából állott. Az eltávolított prostata súlya 8 gm. volt, eltávolítása a lobos, heges összenövések miatt nehéz volt. A beteg 1912 szeptember 26-án vizelt először spontán és október 5-én teljesen gyógyulva távozott. Jelenleg 8 hóval a műtét után a beteg teljesen jól vizel, rendes intervallumokban. Ezek alapján prostata-atrophia esetén a prostatectomiát, mint célhoz vezető műtétet, ajánlom.

IV. VIDA KÖVICH KAMIL dr. *A veseerek sérüléseiről:* Eddig a vesék sérüléseit a veseerek sérüléseivel egy közös fejezetben tárgyalták, holott különböző okoknál fogva kívánatos és jogos a két-féle sérülési formának különválasztása. Ilyen okokként említendőek: a fedett vesesérülések létrejövetelének sajátos mechanizmusa, a klinikai tünetekben mutatkozó különbség és az a körülmény, hogy a veseerek sérülései mellett a vese sokszor — legalább szabad szemmel — sértetlennek látszik. Ily értelemben ketté választva a két kórformát az irodalomból (kivéve a háborúk sérüléseit) 22 veseér-sérülést sikerült összegyűjtenie. Mint 23-ikat saját esetét említi, melynek lefolyása a következő: 20 éves férfi. 1912. augusztus 4-én hasba szúrták; mentők szállítják a kolozsvári sebészeti klinikára. Igen halovány, nyugtalan, érverése 140. Légzése igen szapora, mellkasi jellegű. Tüdő, szív épek. Hasa behúzódtott, igen feszes érzékeny. A köldöktől balra szúrt seb, melyből cseplesz lóg ki. Laparatomia a köldök alatt. A has teli vérrrel, egy vékonybélkacs kettősen átszúrva. Retroperitonealis haematoma, melyben a vese fekszik. alsó polusa kettősen, az arteria renalis teljesen átszúrva. Nephrektomia, gyógyulás.

Úgy a saját, mint az irodalomból összeszedett esetek alapján a veseerek sérüléseinek sajátosságait a következőkben ismerteti.

A veseerek sérülései a legritkább sérülési formák közé tartoznak. A kolozsvári sebészeti klinikán 1905. óta évi 1275 (92 szúrás, 116 lövés) sérülés között két vesesérülés mellett csak a leírt

veseérsérülés fordult elő. A sérülés ritkaságának oka a vesecereinek védett elhelyezésében keresendő.

Direct vagy indirect, fedett vagy nyílt sérüléseket képeznek. A fedett sérülések vagy a vesére tangentialis irányban ható erő következményei, vagy esésnél jönnek létre azért, hogy a test mozgásának megszűnésénél tehetetlenségüknél fogva még tovább mozognak, míg kocsanjuk elszakad, vagy direct erő következményei. A nyílt sérülések vagy szúrásai vagy lövésai sérülések. Mindezek szerint változik a kórboneztani képük is. Igen fontosak a behártyasérülések, mert thrombosis és aneurysma képzésre vezetnek néha az erek kiszakításnak az aortából és vena cavából. Kórboneztani szempontból fontos a haematoma, mely igen különböző elhelyeződésű lehet: intraperitonealis, retroperitonealis, intrathoracalis ritkán a hólyagban foglal helyet.

Klinikai tünetek közül említendő a belső vérzés tünetei, az shok és fájdalom. Haematuria csak a vese egyidejű sérülése mellett fordul elő. Mindeme tünetek mellett igen nagyszámúak lehetnek a melléksérülések okozta tünetek.

A kórisme, ha a kórkép az utóbbiak által nimesen zavarva, a sértő eszköz behatolási helyétől és irányától nagy valószínűséggel megtehető.

Kórhóslási szempontból tekintetbe veendő az elsődleges elvérzés veszélye, a késői vérzések (aneurysma, thrombus ellágyulása, kilökődése) a sepsis lehetősége, a shok és a melléksérülések súlyos volta. Utóbbiak vagy a központi idegrendszer, vagy a csontrendszer, vagy a belső szerveket érik.

Kimenetelükről a következő számok adnak felvilágosítást: meghalt (a 23 közül) 10 = 43·5%, meggyógyult 13 = 56·5%. Műtétet végeztek 15 esetben, ezek közül csak 4 halt meg. = 26·5%.

A sérülés ellátásának módja a nephrektomia, mely várakozást nem tűr, csak így sikerül a beteget megmenteni. Lehet, hogy részleges ér-sérülések érvarrás útján is meg lesznek menthetők arra való esetekben. Kivételesen járhatunk el még olyan esetekben is, ha rendellenes vese ütérrel van dolgunk: több arteria renalis vagy egy arteria, mely több ággal látja el a vesét. Ha utóbbiak egyike sérült meg, szóba jöhet a veseresectio esetleges vesemedence képléssel (DOLLINGER szerint).

É R T E S I T Ő

AZ ERDÉLYI MŰZEUM-EGYESÜLET
ORVOSTUDOMÁNYI SZAKOSZTÁLYÁBÓL.

XXXVIII. évfolyam.

1913.

XXXV. kötet.

KIADJA AZ ERDÉLYI MŰZEUM-EGYESÜLET.

Szerkeszti a szakosztályi választmány nevében: JAKABHÁZY ZSIGMOND.

III. FÜZET. TARTALOM: LECHNER KÁROLY dr.: A beszámítás és a jogorvoslás kérdése a büntetőtörvénykönyv revíziója alkalmából. 261—265. l. — BENEDEK LÁSZLÓ dr. és ZSÁKÓ ISTVÁN dr.: Juvenilis paralysis progressiva esete. 266—268. l. — BENEDEK L. dr. és ZSÁKÓ I. dr.: Spasticus spinalis paralysis esete. 269—271. l. — BENEDEK L. dr.: Akut traumás cerebellaris ataxia esete. 272—274. l. — BENEDEK L. dr. és ZSÁKÓ I. dr.: A BROWN—SÉQUARD-féle bénuláshoz. 275—280. l. — Szakülések jegyzőkönyvei (XIII. október 4.-én—XX. december 13.) 281—301. l.



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

XXXVIII. Jahrgang.

1913.

XXXV. Band.

AUSGABE DES ERDÉLYI MŰZEUM-EGYESÜLET.

Redigiert im Namen des Sektions-Ausschusses von: DANIEL KONRÁDI

III. HEFT. INHALT: LECHNER, Prof. KARL: Zur Frage der Zurechnungsfähigkeit. S. 25—26. — BENEDEK, Dr. LADISLAUS und ZSÁKÓ, Dr. STEPHAN: Über einen Fall von juveniler, progressiver Paralyse. S. 27. — BENEDEK, Dr. L. und ZSÁKÓ, Dr. ST.: Ein Fall von spastischer, spinaler Paralyse. S. 28. — BENEDEK, Dr. L.: Ein Fall von akuter, traumatischer, cerebellarer Ataxie. S. 29. — BENEDEK, Dr. L.: Zur BROWN—SÉQUARD'schen Lähmung. S. 30. — Sitzungsberichte (XIII. am 4. Oktober—XX. am 13. Dezember). S. 31—35.

KOLOZSVÁR,

NYOMATOTT AJTAI K. ALBERT KÖNYVNYOMDÁJÁBAN.

1913.

Az Erdélyi Múzeum-Egyesület új alapszabályainak kivonata.

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

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

A szakosztályok a következők:

Bölcsészeti-, nyelv- és történettudományi-,

Természettudományi-,

Orvostudományi-,

Jog- és társadalomtudományi szakosztály.

6. §. Céljainak megvalósítására az egyesület:

1. szakosztályi üléseket tart;

2. a szakosztályok munkálatait folyóirataiban kiadja;

3. tárait a nagyközönség számára meghatározott módon, bizonyos napokon díjtanulmány nélkül, 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 feltételek alatt. A főlévél 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 személyek, 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 kötelezettek magukat, hogy öt éven át tagsági díj fejében évenként 8 koronát fizetnek.

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

A tagdíj az év első negyedében fizetendő.

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

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

55. §. A rendes tagok jogai a következők:

- a) szavaznak a közgyűléseken;
- b) indítványokat tehetnek; de azok érvényes határozat hozatala előtt a választmányban tárgyalandók;
- c) választanak és választhatók; csupán az elnöki és két alelnöki állásra nem választható más, mint igazgató vagy alapító tag;
- d) díjtalanul kapják az egyesületnek általános természetű és népszerű kiadványait;
- e) díjtalanul látogathatják az Erdélyi Múzeum tárait, valamint az egyesülettől rendezett időszakos kiállításokat;
- f) díjtalanul vehetnek részt az egyesület vándorgyűlésein és minden általa rendezett népszerű és tudományos előadáson;
- g) díjtalanul vehetnek részt a szakosztályok felolvasó ülésein;
- h) résztvehetnek ama szakosztály működésében, a melybe a 16. §. szerint belettek s annak kiadványait díjtalanul, a többi szakosztály kiadványait pedig kedvezményes áron kapják.

56. §. A pártoló tagok jogai a következők:

- a) díjtalanul látogathatják az Erdélyi Múzeum tárait, valamint az egyesülettől rendezett időszakos kiállításokat;
 - b) díjtalanul kapják az egyesület évkönyveit és a népszerű előadások füzeteit;
 - c) díjtalanul vehetnek részt az egyesület vándorgyűlésein, valamint minden általa rendezett népszerű tudományos előadáson;
 - d) évi 2 koronával előfizethetnek egy-egy szakosztály kiadványára.
-