

# É R T E S Í T Ő

AZ ERDÉLYI MÚZEUM-EGYESÜLET  
ORVOSTUDOMÁNYI SZAKOSZTÁLYÁBÓL.

XXXIII. évfolyam.

1908.

XXX. kötet.

KIADJA AZ ERDÉLYI MÚZEUM-EGYESÜLET.

Szerkeszti a szakosztályi választmány nevében: SZABÓ DÉNES.

II. FÜZET. TARTALOM: DR. GÁMÁN BÉLA m. tanár: Beszámoló a kolozsvári orsz. siketnéma intézet növendékeinél végzett szakorvosi vizsgálatokról. 75—87. l. — FÉLEGYHÁZI ERNŐ dr.: A BIER-féle pangásos vérbőség hatásáról sebészi gümős bántalmaknál. 88—95. l. — Szakülések jegyzőkönyvei 96—106. l.



## SITZUNGSBERICHTE

DER MEDIZINISCHEN SEKTION

DES ERDÉLYI MÚZEUM-EGYESÜLET (ERDÉLYER MUSEUM-VEREIN).

XXXIII. Jahrgang.

1908.

XXX. Band.

AUSGABE DES ERDÉLYI MÚZEUM-EGYESÜLET.

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

II. HEFT. INHALT: Privatdoz. B. v. GÁMÁN: Bericht über die special-ärztliche Untersuchung der Zöglinge der Taubstummen-Landesanstalt in Kolozsvár. S. 41—44. — Dr. E. FÉLEGYHÁZI: Über die Wirkung der BIER'schen Stauung bei der chirurgischen Tuberculose. S. 45—46. — Sitzungsberichte der ärztlichen Fachsitzungen S. 47—54.



KOLOZSVÁRT,

NYOMATOTT AJTAI K. ALBERT KÖNYVNYOMDÁJÁBAN.

1908.

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

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

3. §. A szakosztály e czélból 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” ezímen több, 2–3 íves füzetben, lehetőleg sűrűn, de előre meg nem határozott időben jelenik meg. A címlapon fel kell tüntetnie, 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 kiállításáról 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 ív 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. Áruk 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 példányait 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 könyvnyomtatással, magyar és német nyelven. E munka bolti ára 3 korona, az egylet tagjainak azonban csak 2 korona, mely összegnek beküldése után bérmentve megküldjük azt a megrendelőeknek.

A külön lenyomatok ára (lapszámozva, borítékkal, fűzve) a következőképpen van szabva:

25 példány $\frac{1}{4}$ íves	2 k 50 f.	25 példány $\frac{3}{4}$ 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 " $\frac{1}{2}$ " "	4 k — f.	25 " $\frac{1}{4}$ " "	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 címlap: 25 pld. 2 kor. — 50 pld. 2 k 50 f. — 100 pld. 3 k. 50 f.

# ÉRTESITŐ

## AZ ERDÉLYI-MÚZEUM-EGYESÜLET ORVOSTUDOMÁNYI SZAKOSZTÁLYÁBÓL.

XXX. kötet.

1908.

II. füzet.

### Beszámoló

a kolozsvári orsz. siketnéma intézet növendékeinél  
végzett szakorvosi vizsgálatokról.\*

Irta: DR. GÁMÁN BÉLA egyetemi m. tanár.

A jelen 1907/908. tanév folyamán a kolozsvári orsz. siketnéma intézet növendékeinek halló- és beszélszerveit szakszerű vizsgálat alá vetvén, e vizsgálataim eredményéről a következőben számolok be:

Vizsgálat alá került az intézetnek mind az 57 növendéke, 33 fiú és 24 leány; a legifjabb 8 éves, a legidősebb 17. Ezek közül siketen született  $26 = 46\%$ , később siketült meg  $31 = 54\%$ , mely arányszámok nagyjában megegyeznek más intézetek adataival. Első életévén belül siketült meg 13, első és nyolczadik életéve között 18 növendék. A szerzett siketség okai gyanánt az intézet anyakönyvében a következő adatokat találjuk bejegyezve: 7 esetben *esés*, 6 esetben *vörheny*, 5 esetben *typhus*, 3 esetben *agyhártyalob*, 3 esetben *fülfolyás*, 1 esetben *agybántalom*, 1 esetben *láz* által okoztatott volna a siketség, míg 5 esetben annak oka ismeretlen a hozzátartozók előtt.

A mi a siketség fokát illeti, 36 növendékünk teljesen siket; egyik, vagy mindkét fülére zörejhalló, vagyis erősebb zörejeket meghall 19, vokálishalló 1, és közletről, hangosan kiejtett szavakat megért 1 növendék. Utóbbiak tehát nem teljesen siketek, mindazonáltal hallási maradványaik nem levén elegendő

\* Előadatott az E. M. E. orvostudományi szakosztályának 1908 évi május hó 2.-án tartott szakülésén.

dők arra, hogy éperzékűek módjára részesülhessenek oktatásban, helyük a siketnéma intézetben van.

A hallószervek vizsgálatát illetőleg az eredmény a következő: külső-fül megbetegedést, néhány fülzsírdugasztól eltekintve, egyik növendéknél sem találtam, a középfül ép volt 24 növendéknél, tehát az esetek 42%-ában, beteg volt 33 növendéknél, vagyis az esetek 58%-ában. 50 hallószervben volt idült középfülhurut, még pedig 28 fülben Catarrh. chronicus cavi tympani, 22 fülben pedig Catarrh. chron. cavi tympani et tubae Eustacehii. Két növendéknek négy hallószervében volt Otitis media suppurat chron., 12 hallószervben pedig lezajlott genyes középfüllob maradványai: Residua otitidis mediae láthatók, részben szabad, részben odanőtt dobhártyahegek, részben pedig száraz dobhártya defectusok.

Az orrüreget 35 növendéknél, tehát az esetek 62%-ában épnek találtam. Rhinitis chron. simplexben szenved 9 növendék, Rhinitis chron. hypertrophicában 2 növendék, Rhinitis atrophicansban 2 növendék, Ekzema nasiban 1 növendék, 8 növendéknél pedig, különben ép orrüreg mellett, számbavehető Deviatio septi nasi van.

Adenoid vegetációkat 35 növendéknél, tehát az esetek 61%-ában találtam; ezek közül I. fokú 15 növendéknél, II. fokú 16 növendéknél és III. fokú 4 növendéknél.

A torok képletei az esetek felében, 28 növendéknél semmi kóros eltérést nem mutatnak. Pharyngitis chronica simplex van 13 növendéknél, Pharyngitis chron. granulosa 10 növendéknél, Pharyngitis atrophicans egynél, Pharyngitis mixta egynél és Hypertrophia tonsillarum cum Pharyngitide négy növendéknél.

Nyelvtonsilla hypertrophia egy növendéknél sines.

A gége részéről 4 chron. gégehuruton kívül semmi más eltérést nem találtam.

Legyen szabad már most ezen száraz statisztikai adatokhoz néhány reflexiót fűznöm.

Először is a mi a veleszületett és a szerzett siketnémaság (jobban mondva csak a siketség, mert a némaság csupán ennek a következménye) egymáshoz való viszonyát illeti, az a mi statisztikánkban (46%—54%) nagyjában megegyezik a vizsgálók

egész sora által más helyen nyert adatokkal. Így pl. BEZOLD-nak<sup>1</sup> müncheni statistikájában a született siketek százaléka 43%, az 1890-iki hollandi statistika szerint<sup>2</sup> 50%, FRANKENBERGER-nél<sup>3</sup> Prágában 47%, FALK-nál<sup>4</sup> 45%, HEDINGER-nél<sup>5</sup> 44%, SCHMALTZ-nál<sup>6</sup> 49%, URBANTSITSCH-nál<sup>7</sup> 41%, FLEISCHMANN-nál<sup>8</sup> Váczon 37% stb. Ezen adatokkal szemben azonban olyan statistikák állanak, melyekben a veleszületett siketség százalékszámja sokkal nagyobb, pl. az 1876. évi franciaországi népszámlálás szerint<sup>9</sup> 75%, az 1881-iki irlandi népszámlálás<sup>10</sup> szerint 80%; de olyanok is vannak, a hol sokkal kisebb a százalékszám, pl. MYGIND-nél Kopenhágában<sup>11</sup> 25%, LEMCKE-nél<sup>12</sup> 28%.

Azonban annak a kérdésnek a kutatásába, hogy miért van e statistikai kimutatások között ilyen eltérés, azért nem érdemes belemenni, mert tulajdonképen való tudományos értéke a dolog természeténél fogva egyiknek sem igen van. Ugyanis az adatokat ebben az arányban minden statistika az esetek túlnyomó nagy többségében csupán a beteg hozzátartozóitól szerezhetheti be, kiknek a bemondása pedig csak igen ritkán megbízható és hiteles. Különösen áll ez azokra a nagyszámú esetekre, a melyekben a beteg állítólag életének első évén belül veszítette el a hallását, tehát beszélni sohasem tudott. Mert pl. azt, hogy egy csecsemő hat hónapos korában siketült-e meg, vagy, hogy addig sem hallott semmit, azt nem hogy a környezet, de még a szakorvos is alig bírná megállapítani. Nekünk is 12 olyan növendékünk van, a ki állítólag egy éves kora előtt siketült meg, tehát sohasem beszélt, s kinél a középfülben vagy

<sup>1</sup> BEZOLD. Die Taubstummheit. Wiesbaden, 1902.

<sup>2</sup> Monatsschrift f. Ohrenheilkunde 1896. 36. 1.

<sup>3</sup> FRANKENBERGER: Monatsschrift f. Ohrenheilkunde 1896. 429 1.

<sup>4</sup> FALK. Archiv f. Psych. u. Nervenkrankh. 1872. 407. 1.

<sup>5</sup> HEDINGER: Handbuch d. Ohrenheilkunde II. 652 1.

<sup>6</sup> SCHMALTZ. Handbuch d. Ohrenheilkunde II. 652 1.

<sup>7</sup> URBANTSITSCH. Monatsschrift f. Ohrenheilkunde 1907. 115 1.

<sup>8</sup> FLEISCHMANN. Magyar Siketnéma Oktatás 1907. 171 1.

<sup>9</sup> Handbuch d. Ohrenheilkunde II. 652 1.

<sup>10</sup> Handbuch d. Ohrenheilkunde II. 652 1.

<sup>11</sup> Idézve FRANKENBERGER-nél 1. f.

<sup>12</sup> LEMCKE. Die Taubstummheit in Mecklenburg-Schwerin. Leipzig 1892.

semmi eltérés nincsen, vagy csupán idült hurut található, mely a siketség létrehozásában semmi esetre sem játszhatott szerepet s a minőben 26 olyan növendékünk is szenved, a ki állítólag siketen született. Ha még számba vesszük, hogy e 12 növendék közül négynél maguk a szülők sem neveznek meg semmi megsiketülési okot, négynél pedig esést és egynél lázt említenek ilyen gyanánt, nyitva kell előttünk állani annak a gyanúnak, hogy ezek a gyermekek esetleg szintén siketen jöttek a világra, és csak érthető tévedésből szerepelnek a későbbben megsiketültek között.

De elképzelhetjük viszont az esetet megfordítva is, hogy t. i. az állítólag siketen született 26 növendék között is akárhány lehet, a ki életének első hónapjaiban még hallott valamit, de a hallási nyomok elkerülték a környezet figyelmét, mivel a gyermek még a beszéd megtanulásának ideje előtt megsiketült. Ez annál is inkább lehetséges, mert növendékeinknek jó része olyan társadalmi osztályokból került ki, a hol a szülőknek a gyermekek pontos megfigyelésére sem idejük, sem kellő értelmi képességük nincsen. Indokolt tehát az a gyanú is, hogy az állítólag siketen születtek között is akárhány lehet, a kinek a helye tulajdonképen a később megsiketültek között lenne.

Miután más intézetekben és más országokban is, nagyjában véve, csak olyanok a viszonyok, mint nálunk, az elmondottak k. b. minden ilyen statistikára egyformán állanak, vagyis miután mindegyik a megbízhatatlan anamnesis ingatag alapján áll, — valódi, tudományos értéke egyiknek sincsen. Szilárd alapon álló, értékes statistikát csak akkor fogunk majd összeállíthatni, ha teljesen szakítunk az eddigi beosztással, s a siketnémákat nem a szerint fogjuk osztályozni, hogy siketen születtek-e, vagy siketté lettek-e, vagyis nem azt fogjuk kutatni, hogy a siketségük mikor keletkezett, a születés előtt-e, vagy utána, hanem azt, hogy mi által okoztatott, azaz a mai, ingatag anamnesticus alapot elhagyva, reáállunk a szilárdabb pathologiái alapra. Hogy ezen az alapon egészen más eredményekhez fogunk jutni, az kétségtelen, ha meggondoljuk azt, hogy pl. a siketnémák jó része endemicus, congenitalis siketségben szenved, kik között azonban akárhány még hallási maradványokkal, de

a hallási képességnek előhaladó hanyatlásával jön a világra, azonban teljesen csak később siketül meg, de megsiketül a baj természeténél fogva minden külső ok behatása nélkül. Ezekkel az esetekkel szemben pedig vannak olyan, a bonczasztalon tisztázott esetek, a melyben a siketség oka az intrauterinalis életben szerzett megbetegedés, mely a magzatnak hallószervét elpusztította,<sup>1</sup> a gyermek tehát már siketen jött a világra. A ma dívó beosztás szerint az előbbieket a siketté lettek, az utóbbiak pedig a siketen születettek közé tartoznak, holott tulajdonképpen egészen megfordítva áll a dolog. Ezzel a kérdéssel különben, a melyet, ha jól tudom, először HAMMERSCHLAG<sup>2</sup> vetett fel, egy más alkalommal részletesebben szándékozom foglalkozni, most csak rá akartam mutatni mostani beosztási rendszerünk hibáira, s azok okaira.

Az elmondottak nagy részben vonatkoznak arra a statisztikára is, a melyet a szerzett siketség okaira nézve kapunk. Itt is úgy áll a dolog, hogy az adatokat nagy részben a hozzátartozók szolgáltatják, a kik, a mint gyakran tévednek a megsiketülés idejére nézve, ép úgy, vagy még inkább tévednek annak okaira nézve is. Ez különben igen természetes is, mert kevés olyan siketnéma akad, a ki megsiketülése idején egyáltalán orvosi megfigyelés alatt állott volna, s még kevesebb olyan, a kit otologus figyelt volna meg. (A mi növendékeink között pl. egy sincsen ilyen.) Attól a laikus környezettől pedig, a melytől mi az adatokat kapjuk, nem is kívánhatunk megbízható megfigyeléseket. Igaz, hogy a növendékek az intézetbe való felvétel előtt orvosi, ott pedig szakorvosi vizsgálat alá kerülnek, de ezen, a megsiketülés után többnyire csak évekkel végzett vizsgálat, már csak ritkán derítheti fel a valódi okot.

A mi statisztikánk különben ebben a kérdésben némileg elüt más vizsgálók statisztikáitól. Így más statisztikákban aránylag nagy százalékszámokkal szerepelnek azok az esetek, a melyekben a megsiketülés oka gyanánt valamely cerebralis bántalomra lehet következtetni, pl. agyhártyalob, agybántalom, fejtyphus, láz, görcsök stb., nálunk pedig aránylag kis számmal. Látjuk,

<sup>1</sup> HACKE. Archiv f. Ohrenheilkunde 55. kötet.

<sup>2</sup> HAMMERSCHLAG, Előadás az osztr. otologiai egyesületben 1902. V. 26.

hogy WILHELMI-nél az esetek 54%, BEZOLD-nál 52%, HEDINGER-nél 47%, MYGIND-nél 40%, HARTMANN-nál<sup>1</sup> 39%. LEMCKE-nél 39%, míg nálunk csupán 16% tartozik ebbe a csoportba. Igaz, hogy ha idevennők azt az 5 esetet, a melyekben nálunk „typhus“ van okúl adva, s a melyek valószínűleg nem typhus abdominalis esetek, hanem meningealis bántalmak voltak, akkor nálunk is emelkednék a százalékszám.

Egy másik, feltűnő különbség a mi statistikánk és másokéi között az, hogy míg másoknál a trauma (esés) csak igen kis számmal szerepel, mint megsiketülési ok, addig nálunk igen nagygyal. Így pl. míg LEMCKE-nél 5%, HEDINGER-nél 4%, SCHMALTZ-nál 3·5%, HARTMANN-nál 3·5%, MYGIND-nél 1·5%, addig nálunk 22·5%-kal. Nehéz lenne ennek a különbségnek a magyarázatát adni, (mert hiszen a köznép gyermekei nálunk sínesenek több traumának kitéve, mint másutt), ha csakugyan hiteleseknek fogadnók el ez adatokat, de azt hiszem, hogy akkor járunk el helyesen, ha legalább is egy részét ezeknek a traumatikus siketségeknek úgy tekintjük, mint congenitalis siketségeket, melyeknél a trauma, az esés, csak a környezet képzeletében játszott a siketség előidézése körül szerepet.

Megegyezik a mi statistikánk a legtöbb más statistikával abban, hogy a vörheny 20%-ban szerepel, mint a szerzett siketség oka. Ilyen arányszámot találtak ugyanis pl. BEZOLD (18%), MYGIND (20%), LEMCKE (24%) stb.; ellenben némelyeknél viszont kisebb, vagy nagyobb a százalékszám, pl. WILHELMI-nél 10%, SCHMALTZ-nál pedig 43%. Ezen utóbbi, feltűnően ellentétes adatok annál inkább lephetnek meg, mert míg pl. meningitiseknél semmi módja nincs az otologusnak arra, hogy évek lefolyása után ellenőrizhesse a bemondás hitelességét, a mennyiben a középfülben semmi elváltozás sem látható s a néha hosszabb ideig fennmaradó egyensúlyzavarok sem mutatkoznak már a beteg bemutatásakor, addig a scarlatinánál többnyire a középfülben szemmel látható, tehát pontosan ellenőrizhető nyomai maradnak a betegségnek. Így a mi hat esetünk közül négyenél található előrement suppuratiós középfülgyulladás nyomai. E

<sup>1</sup> HARTMANN, Taubstummheit u. Taubstummenbildung. Stuttgart 1880.



négy gyermek 8 hallószerve közül háromban még most is tart a genyedés, kettőben a dobhártya hegesen újraképződött, háromban pedig kisebb-nagyobb dobhártyahiány látható a suppuratio szünetelésével. Nem lehet abban kétség, hogy mindez esetekben nemcsak a középfül, hanem a labyrinth is részt vett a megbetegedésben.

A mi azt a két esetünket illeti, a hol a siketség oka gyanánt vörheny van kitüntetve, azonban a középfül részéről hurutos elváltozáson kívül egyéb nem mutatkozik, azokhoz jogosan férhet az a kétely, hogy valjon nem forog-e fenn tévedés, akár abban az irányban, hogy az állítólagos vörheny más bajjal, pl. meningitissel tévesztetett össze, akár pedig abban az irányban, hogy a megsiketülés a vörheny előtt, vagy után, de attól függetlenül következett be. Ezt a kételyt indokolttá az a tapasztalás teszi, hogy úgy a vörheny, mint más akut exanthémák előbb okoznak otitis mediát és csak azután betegítik meg a tömkeleget.

Ahoz a 3 esetünkhöz, a melyekben egyszerűen „fülfolyás” szerepel a megsiketülés okául, s az otorrhoeának csakugyan láthatók is a maradványai, nincs semmi különös megjegyzésem.

Tudjuk, hogy a siketnémaság aetiológiájában, főleg MENIERE óta, az öröklési viszonyoknak bizonyos szerepet tulajdonítanak. Így a szülőknek egymáshoz való vérrokonsága, siketség a családban, nagy korkülönbség a szülők között, iszákosság vagy syphilis a szülőknél, stb. mind mint aetiologikus momentumok szerepelnek. Ebben a tekintetben az én statistikám, sajnos, hiányos, mivel csak 21 növendékről vannak családi adataim és ezek is keveset mondanak. A szülők között rokonság egy esetben sines, nagy korkülönbség van 2 gyermek szülői között, az apja nagyot hall egy gyermeknek, az apja iszákos egy növendéknek, a testvérek között siketség fordul elő hat esetben, a rokonok között pedig három esetben.

A hallószervben talált objectiv elváltozásokat illetőleg fel-tűnő, hogy míg FLEISCHMANN-NAK váczai statistikájában csupán valamivel több mint 10%-kal szerepelnek a fülnek látható megbetegedései, addig én 66 hallószervben, tehát 58%-ban találtam pathologikus eltéréseket, még pedig 4 hallószervben genyes

középfüllobot, 12 hallószervben annak maradványait és 50 hallószervben vagy csak a dobüregnek, vagy az Eustach kürtnek is idült hurutját. Igaz, hogy ezzel szemben URBANTSCHITSCH-nak a bécsi és bécsújhelyi intézetekről szóló statistikájában 97·2%-a a növendékeknek szerepel mint olyan, a kinél a hallószervben anatómikus elváltozások vannak. Ezt a nagy különbséget (10%—97%) nem lehet másként megérteni, illetve megmagyarázni, mint úgy, hogy míg az egyik vizsgáló csak a durvább elváltozásokat vette figyelembe, addig a másik már csekély eltéréseket is, (pl. a dobhártyának némi homályosságát), mint catarrhalis tünetet jegyezett fel. FLEISCHMANN-hoz hasonlóan jártak el különben mások is, pl. FRANKENBERGER Prágában, a ki a középfülhurutokat egyáltalán nem vette fel a statistikájába. Megindokolható talán ez az álláspont azzal, hogy a mi beteganyagunknál a functionális vizsgálat lehetősége a középfülhurut diagnosisa szempontjából ki levén zárva, ez a diagnosis úgy sem lehet tökéletes, tehát inkább egészen mellőzendő; én azonban — mivel a vizsgálat célja minden kétségtelen kóros eltérést számbavenni — azokat az eseteket, a melyekben az otoskopikus vizsgálat elegendőnek látszott a középfülhurut kórisméjének felállításához, mint ilyeneket vettem fel a statistikámba, és így jutottam ahhoz az eredményhez (58%), mely az említett két véglet között foglal helyet.

Ebből az 58%-ból 44% esik a középfülhurutokra. Így is feltűnően nagy ez a szám, mert tekintetbe véve, hogy BEZOLD-nak érdekes és hitelt érdemlő statistikája szerint az embereknek általában 4·5%-a szenved középfülhurutban, a mi beteganyagunk éppen tízszeresen múlja felül az átlagot. Feltétlenül összefüggésben áll ez a növendékeinknél talált nagyszámú adenoid vegetációkkal, a melyekre mindjárt rá fogok térni.

Az orrban talált eltéréseket illetőleg az én statistikám nagyjában megegyezik más statistikákkal, talán annyi különséggel, hogy mások valamivel gyakrabban kórisméztek idült orrhurutokat, én pedig több septum deviatiót és cristát találtam mint mások. Olyan növendékünk, kinél ezen alaki eltérések operációs beavatkozást kívánának, ninesen.

A torokbeli elváltozásokra vonatkozó statistika sem pro-

vokál különösebb megjegyzést, legfennebb azt, hogy míg a mi növendékeinknek 50%-ánál láthatók a torokban pathologikus eltérések, addig több vizsgáló beteganyagánál ez a százalékszám nagyobb, pl. URBANTSCHITSCH-nál 72%. Nem lephet meg azonban ez a különbség, ha arra gondolunk, hogy sok eset áll mintegy a határán az épnak és kórosnak, és sorozható a vizsgáló egyéni felfogása szerint úgy az egyik, mint a másik csoportba. Nincs is különben ennek a dolgnak nagyobb fontossága. Már érdekesebb különbség az, hogy én csak 4 esetben, tehát 7%-ban találtam tonsillahypertrophiát, míg URBANTSCHITSCH 37·5%-ban. FLEISCHMANN-nál, nyilván lapsus calami következtében, 33 Hypertrophia tonsillarum mint „nyelvmandula túltengése“ van felfogva, ez tehát Vácson is 18·5%-ot tenne ki, a mi 7%-unkkal szemben.

Valóságos nyelvtonsilla hypertrophiát egy növendéknél sem találtam.

A gégebeli elváltozások: 4 idült gégehurut, chronikus pharyngitisekkel együtt fordulnak elő és jelentőséggel nem bírnak.

Sokkal érdekesebb eredményeket adott az epipharynxnak, az orrgaratüregnek a vizsgálata. Itt ugyanis 31 növendéknél, tehát az esetek 61%-ában találtam a tonsilla pharyngea hypertrophiáját, vagyis adenoid vegetációkat. Hogy az adenoid vegetációk érzékeny gyermekeknél is elég gyakoriak, azt tapasztaljuk naponként és ismerünk erre vonatkozólag néhány statistikát is, így DOYER Leydenben érzékeny gyermekek 5%-ánál, SCHMIEGELOW Kopenhágában 18%-nál, KAFEMANN 9%-nál körismézte az aden. vegetációkat. Ezzel szemben siketnémáknál más vizsgálók is sokkal nagyobb százalékszámot találtak; pl. FRANKENBERGER 60%-ot, LEMCKE 58%-ot, ALDRICH 73%-ot,<sup>1</sup> WROBLEWSKI 57·5%-ot,<sup>2</sup> URBANTSCHITSCH 78·5%-ot, FLEISCHMANN 55%-ot, stb. tehát mindezen vizsgálók olyan százalékot, mely az én eredményeimmel többé-kevésbé megegyezik. Annál meglepőbb azonban az, hogy viszont egyes vizsgálók megint igen alacsony értékekhez jutottak. Így SCHUBERT<sup>3</sup> 16·5%-nál, BEZOLD még

<sup>1</sup> <sup>2</sup> Idézve FRANKENBERGER-nél.

<sup>3</sup> Festschrift zur Feier des ärztl. Vereines Nürnberg 1902.

kisebb százaléknál, SCHWENDT és WAGNER<sup>1</sup> 74 siketnéma növendék között egyetlen egynél sem találtak adenoid vegetációkat. Éppen ezen utóbbi eredményekre való tekintettel a diagnoszt minden növendéknél rhinoskopia posterior és palpatio útján állapítottam meg, diagnostikus tévedések tehát részéről ki vannak zárva. De minthogy ugyanazt más vizsgálókról is fel kell tételeznünk, nem tudom ezt a nagy különbséget másképen magyarázni, minthogy SCHUBERT, SCHWENDT és WAGNER csak azon esetekben kórisméznek aden. vegetációkat, a melyekben azok nagyobb fokban vannak jelen és nasalis obstructiót, vagy legalább is nagyobb stenost okoznak. BEZOLD legalább nyilván így tesz, mert ő a statistikájában az eseteiről csakugyan mint „Adenoide Vegetationen grösseren Umfanges“ emlékezik meg.

Az aden. vegetációk kórismézése, illetve az epipharynx vizsgálata egyébiránt siketnéma gyermekeknél, különösen az ifjabbaknál, nem is könnyű feladat és legalább is igen sok türelmet igényel. Miután alig lehet velük megértetni, hogy miről van szó és hogy a vizsgálással szemben minő magatartást várunk tőlük, nem hogy segítségünkre lennének, hanem ellenkezőleg, a lehetőségig megnehezítik úgy a tükrözést, mint a digitalis vizsgálatot. Azonban, ha az ember nem sajnálja az időt és nem veszíti el a türelmét, végre is célhoz jut, nekem legalább sikerült mind az 57 növendéknél célhoz jutni; munkámat mindenesetre nagyon megkönnyítette az, hogy a növendékeink egyfelől kitűnő fegyelemben, de másfelől előljáráik iránti bizalomban és szeretetben nevelkednek. Természetesen, készséggel concedálok azt, hogy különösen nagyobb betegyanagnál, lehetnek olyan esetek, a hol az orvos minden igyekezete kárba vész.

Az aden. vegetációkat mások példájára 3 fokozatba soroltam. Az első fokozatba tartoznak azok az esetek, a melyekben csupán a garatboltozat van a vegetációk által fedve, a második fokozatba azok, a melyeknél a vegetációk elérik, vagy kevéssel túl is haladják a choanák felső szélét, a harmadik fokozatba pedig azok, a melyeknél a vegetációk a choanákna legalább egy

<sup>1</sup> Untersuchungen von Taubstummen von Dr. A. SCHWENDT u. F. WAGNER (Anstalt Riehen) 1899. Idézve URBANTSCHITSCH-nál.

harmadát, vagy még nagyobb részét fedik. Az I. fokba tartozott nálunk 15 növendék, a II. fokba 16, a III. fokba négy.

A mi az aden. vegetációknak az állítólag siketen születtek és siketté lettek között való megoszlását illeti, az meglehetősen egyforma, vagyis az előbbieik közül  $17=65\%$ , az utóbbiak közül  $18=60\%$  szenved ebben a bajban. Ezen növendékek korát illetőleg azt találjuk, hogy 17 még nem múlt 12 éves, 18 pedig 12 évesnél idősebb, azonban III. f. vegetációkban szenvedő növendékeink mind 12 éven alóliak, II. f. vegetációkban szenvedő növendékeink között pedig az idősebbek vannak többségben, míg I. f. vegetációkban szenvedő növendékeink között a különböző korúak egyformán vannak képviselve.

Az a százalékszám, a melyben növendékeinknél az aden. vegetációk vannak képviselve ( $61\%$ ) és az a másik, a melyik a középfül megbetegedésekre vonatkozik ( $58\%$ ), annyira közel esnek egymáshoz, hogy még akkor is azonnal a két bántalom közötti összefüggésre kellene gondolnunk, ha nem tudnók, hogy a középfül megbetegedések aetiológiájában az aden. vegetációknak nagy szerepük van. Valósággal azt is találjuk, hogy ad. vegetációkban szenvedő növendékeink közül csak hatnál, vagyis  $17\%$ -nál nem látni a középfülben kóros elváltozásokat, ellenben 29-nél, vagyis  $83\%$ -nál a középfülben kóros tünetek láthatók, még pedig 23-nál ( $66\%$ ) idült hurut, hatnál ( $17\%$ ) pedig még meglevő vagy már lefolyt genyes középfüllob tünetei. Ezzel szemben azt találjuk, hogy ad. vegetációkban *nem* szenvedő növendékeink közül 16-nál, vagyis  $72.5\%$  ban a középfül teljesen épnek mutatkozik, és csak hatnál, vagyis  $27.5\%$ -nál láthatók abban kóros tünetek. Úgy áll tehát a dolog, hogy aden. vegetációkban szenvedő növendékeinknél  $83\%$ -ban beteg a középfül is, míg aden. vegetációkban *nem* szenvedő növendékeinknél pedig csak  $27.5\%$ -ban. Aligha tévednénk, ha azt állítanók, hogy érzékűeknél is kb. ez az arány, vagyis, hogy aden. vegetációkkal bíró gyermekeknél háromszorta gyakoribbak a középfül betegségei, mint olyanoknál, akik aden. vegetációkban nem szenvednek.

Nem akarok ez alkalommal annak a kérdésnek a tárgyalásába belebocsátkozni, hogy ezekből a tényekből a siketnémaság prophylaxisát illetőleg vonhatunk-e le és minő tanulságokat,

csak azzal a közelebb fekvő és önmagától felvetődő kérdéssel akarok röviden foglalkozni, hogy miképpen értékesíthetjük ezeket a tapasztalatokat a már siketnémák javára. Kétségtelen, hogy a siketséget egyetlen siketnéma növendéknél sem okozza csupán a középfül megbetegedése, hanem valamennyinél a siketség tulajdonképeni oka a hangfelfogó készülék megbetegedésében rejlik. Úgy de látjuk azt, hogy a siketnémák egy részénél hallási maradványok vannak, tehát a hangfelfogó készülék, ha nagyon hiányosan is, de még működik. Ha most ilyeneknél a középfül, tehát a hangvezető készülék legfontosabb szakasza is beteg, akkor nyilvánvaló, hogy a hallási maradványok értékesítését a hangvezető készüléknek ez a betegsége többé-kevésbé akadályozza. Ha tehát módunkban van a hangvezetés akadályait elhárítani, ezáltal megkönnyítjük a hallási maradványok értékesítését. Miután pedig a hangvezetés akadályai sok siketnémánál középfülhurut, ez megint sok esetben aden. vegetációk által van feltételezve, utóbbiaknak eltávolítása által pedig a középfülhurutot gyakran sikerül meggyógyítanunk, vagy legalább is javítanunk: nyilvánvaló, hogy az aden. vegetációk eltávolításában eszközzel bírnak közvetve a hallási maradványok fokozására és azok jobb kihasználására. Kétségtelenül fennáll tehát az indicatio az adenoid vegetációk kiirtására minden esetben, a hol hallási maradványok mellett középfülhurut is van jelen.

Nekünk 8 ilyen növendékünk volt, valamennyinél elvégeztem a műtétet; egyiknél az eredmény a hallási maradványok erősödésében már örvendetesen mutatkozik is, a többenél érdeklődéssel várjuk azt. Természetesen, nagyobb eredményről, a hallásnak lényeges restitúciójáról nem lehet itt szó, de ha sok közül csak egynél is sikerül a hallási maradványokat annyira fokozni, hogy azok a növendéknek a tanulásban, s majdan az életben segítségére lesznek, úgy munkánk nem volt hiábanvaló.

Teljesen siketeknél az aden. vegetációk a hallást illetőleg természetesen nem jöhetnek tekintetbe, de tekintetbe jönnek a hangképzés szempontjából, a mennyiben egyfelől nasalis hangot eredményezhetnek, másfelől, mint az orrlégzés akadályai, pharyngo-laryngealis hurutokat okoznak és tartanak fenn. Ha tehát ilyen tünetek mutatkoznak, a vegetációk eltávolítását teljesen

siketeknél is javalva látom Ezen javalat alapján két növendék-nél végeztem a műtétet.

Mindent egybevöve, semmi esetre sem csatlakozhatom azokhoz, a kik az aden. vegetációkat a siketnémáknál egyáltalában nem, vagy csak a nagyobb fokúakat veszik számba, de olyan messze sem megyek, hogy azoknak túlságos fontosságot tulajdonítsak s eltávolításukat minden esetben ajánljam, hanem álláspontomat röviden abban foglalom össze, hogy: a siketnémáknál már kis fokú adenoid vegetációk is figyelembe veendőek, de azok operatiós eltávolítása 1. teljesen siketeknél csak akkor javalt, ha a hangképzésre káros befolyással vannak, 2. hallási maradványokkal bíróknál ezen felül akkor is, ha egyidejűleg középfülhurut is van jelen.

KÖZLÉS A KOLOZSVÁRI M. KIR. FERENCZ JÓZSEF TUDOMÁNY-  
EGYETEM SEBÉSZETI KLINIKÁJÁRÓL.

Igazgató : MAKARA LAJOS dr. egyetemi ny. r. tanár.

A Bier-féle pangásos vérbőség hatásáról sebészi  
gümős bántalmaknál.\*

Irta : FELEGYHÁZI ERNŐ dr. másodorvos.

Míg akut gyulladásoknál a pangásos vérbőség hatását illetőleg elég tisztázottak a nézetek, addig sebészi gümős bántalmaknál a kérdés még ma sincs teljesen megoldva. Ezért ragadtam meg az alkalmat, hogy MAKARA tanár úr felszólítására a BIER szerint kezelt gümős eseteinket szövettanilag feldolgozzam. Szövettani vizsgálatra részint gümős csontsípolyok és nyaki lymphomák túlsarjadzásait, részint a hosszabb időn át folytatott pangásos kezelés után a sípolyok mélyéből kikanalozott gümős sarjakat használtam fel. Vizsgáltam a KLAPP-féle szívók közvetlen hatását  $\frac{1}{4}$  órai,  $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$  és 1 órai szívás után s mindenik esetből olyan sarjat is vizsgáltam, a mely szívó kezelésnek még nem volt kitéve. Majd 1 hónapi, 2—4—5—7 és 15 hónapi szívó- és stranguláló kezelés után kimetszett, vagy a sípolyok mélyéből kikapart sarjakat vettem vizsgálat alá, hogy a gyógyulás folyamatába mély betekintést nyerhessek. A vizsgálandó anyagot 4%-os formalinban és abs. alkoholban rögzítettem s celloidinába ágyaztam be, APÁTHY szerint. A vastagabb 7—8  $\mu$ -os metszeteket *Haematoxylin-eosin*-nal és VAN GIESON szerint festetem meg, míg a vékonyabb 3—4  $\mu$ -osokban gümöbacillusok

\* Az E. M. E. orvosi szakülésén 1908 május hó 9.-én tartott előadás bővöbbs kivonata a Szerzőtől. Az „Orvosi Hetilap“ (1908 év) és a „Deutsche Zeitschrift für Chirurgie“ 93. kötetében egész terjedelmében közölve.



után kutattam. Eseteink részletes feldolgozása után a következő eredményre jutottam:

I. A *Klapp-féle szívók közvetlen hatása* nagyfokú gümős elváltozásokat mutató szövetben nem tanulmányozható jól, mivel a gümőkben és elsajtosodott részekben véresek nincsenek s így keringésszabályozások sem idézhetők elő. A szívási hyperaemia hatását legszebben ép sarjszövetben láthatjuk, a hol  $\frac{3}{4}$  vagy 1 órai szívás után feltűnő a capillarisek kitágulása és a szövetközök oedemás átívódása. Néhol a capillarisekból a leukocyták eltűntek, valószínűleg a vér árja sodorta tova, míg másutt a vérekből igen tömeges a polynuklearis leukocyták kivándorlása. A szövetközökben a leukocyták száma megritkult, míg másutt a kivándorolt fehér véresejtek találhatók fel, néhol nagyobb csoportokban.

A szívó harangok közvetlen hatása tehát *hyperaemia, transsudatio- és leukocyta kivándorlás* előidézésében áll. Ezen kívül rendkívül fontos, hogy a *pyogen bacterium fertőzés a szívási hyperaemia által megsemmisül, másodlagos fertőzés a kezelés alatt soha sem észleltetett* és a *secretio is mindig nagyon kevés volt*. Vérzések a szívó-kezelés alatt nagyon gyakoriak, de ezeknek különösebb jelentőség nem tulajdonítható.

II. *Hosszabb időn át folytatott szívó- és stranguláló kezelés után véredény- és kötőszövetképződéssel* járó elváltozások találhatók. Egy hónapi pangásos kezelés után már a szövetek mélyéből kiinduló és a felület felé haladó újonnan képződött kötőszöveti nyalábok láthatók mitosisokkal, a kötőszövet néhol a véreket fonja körül, de elszórtan sugaras, nyalábos elrendeződésben másutt is, az egész pangásnak kitett területen kimutatható. Egyes gümők között a véresek sűrűn egymás mellett, mintegy megszorodva tüntek fel, vastag falazattal és duzzadt endothel béléssel (néhol 2—3 rétegben), melyek a lument nagyon megsűkítették. Az endothel sejteken igen szép magoszlási alakok láthatók. A kötőszövetképződés feltűnő még a gümőkben, vagy azok körül is. Egyes gümők vékony kötőszöveti tokkal határolódtak el, a honnan orsó-alakú kötőszöveti sejtek nyúltak be az óriás sejtekhez, miként egy szervülő thrombusban. Némelyik gümő teljesen kötőszövettel obliterálódott. Ezen kötőszövetes

védbástyákon kívül a beteg területen a leukocyták is nagy mértékben mozgósítva vannak. A vérerekből igen tömeges a polynuklearis leukocyták kivándorlása, sokkal nagyobbfokú, mint azt a gümöbacillus mérgező anyagesere termékeinek a vérerekre gyakorolt izgató hatása alatt rendes körülmények között látjuk. A vérerek tágultsága és a szövetközök savós átívódása néhol igen szembeötlő. Ezek az elváltozások nemesak a szívóharang közvetlen hatásának kitett területeken találhatók, hanem olyan gümös szövetben is, a melyet a mélyből kanaliz-tunk ki.

Kötőszövetképződés spontán is jöhet létre régi gümös sarjakban vagy fistulás járatok falában, de hogy eseteinkben a pangásnak is része volt benne, ennek legfényesebb bizonyítéka egy 1½ hónapig szívóharanggal kezelt sipolyjáratnak a környéke, a hol már szabad szemmel feltűnő volt az egész pangásnak kitett terület megkeményedése s ezen a területen góreső alatt is számos újonnan képződött kötőszöveti rostot lehetett kimutatni.

Az irodalomban eddig felemlített vizsgálatok alapján a pangásos vérbőségnak a bakteriumokra gyakorolt hatását illetőleg a *phagocytosis*-nak tulajdonítható a legfontosabb szerep. Míg akut gyulladásoknál a *phagocytosis* ezen fokozódásának kétségtelenül nagy szerepe van, gümös bántalmaknál úgy látszik, mások a viszonyok. Tuberculosisnál BIER a fő súlyt a vérbőség gyulladás-fokozó és bakteriumölő hatására helyezi, míg a kötőszövet szaporodást a gyógyulás következményeinek tekinti. Készítményeimben a vérbőség gyulladás-fokozó hatása szembe-tűnő, a vérerekből igen tömeges a leukocyták kivándorlása, a melyből itt is a *phagocytosis*ra lehetne következtetni. Azonban a sebészi gümös bántalmak ismeretes gyér gümöbacillus lelete miatt, a pangásos kezelésnek a bakteriumokra gyakorolt hatására góresői vizsgálatok alapján nem igen következtethetünk. Így a pangásos vérbőségnak a gümöbacillusokra gyakorolt hatását illetőleg tisztán a BAUMGARTEN intézetében HEYDE által végzett állatkísérletekre támaszkodhatunk, mely szerint a pangásos vérbőségnak nincs hatása a gümöbacillusokra.

MAKARA szerint a gyulladás fokozása a gümös betegeknel nem vezet sikerre, sőt könnyen rosszabbodásokat okoz. Ezt

mutatják BAUMGARTEN tapasztalatain kívül a tuberculin kezelés körül szerzett kedvezőtlen tapasztalatok, a kezelésmód hosszú tartama és az, hogy a prolongált pangás igen sokszor rosszabbodásokat okoz. Hogy a tuberculosis bacillusok mindvégig életképesek maradnak, bizonyítják a kezelési hibákra vagy traumákra bekövetkező rosszabbodások is. A módszer sikereinek kulcsa MAKARA véleménye szerint *az ismétlődő passiv hyperaemiának a kötőszövetre gyakorolt hatásában rejlik*. Számos kórboneztani példa mutatja, hogy a passiv hyperaemia kötőszövet szaporodásra vezet. A savós átívódás folytán az ízületek fájdalmassága csökken s ezáltal használhatóságuk javul; a kóros szövetrészeket elfolyósodva a szünetekben fokozatosan felszívódhatnak, sipolyos esetekben kifelé mosatnak. *Szóval a módszer lényege a beteg szövetrészeket elfolyósítása mellett, a sklerotizáló hatásban rejlik.*

MAKARA ezen véleményét kórszövettani vizsgálataim alapján megerősítve látom, mert 15 hónapi pangásos kezelés után egy lábcariesből kikapart sarjszövetben kötőszövetesen elváltozott gümöket találtam s a gümők közti laza sejtek között talált néhány saválló pálczika is valószínűleg gümöbacillus volt. KLAPP esetében is egy nyaki lymphomás férfinál 5 hónapi szívó-kezelés után a kiírtott hegszövet vizsgálata dús kötőszövet szaporodást, de e mellett még mindig fennálló gümősödést is mutatott; BAUMGARTEN állatkísérletei szintén e mellett bizonyítanak.

A szervezet bármennyire is igyekszik leukocytáit az ellenséges területekre beküldeni, hogy ott a harezot a gümöbacillusok ellen felvegyék, a küzdelem úgy látszik, eredménytelenül végződik s így a szervezet részéről nem marad más hátra, minthogy kötőszöveti falakkal védekezzék a gümős góczok ellen, melyek a vést-okozó esirákat rejtik magukban. A gümők tehát laza kötőszöveti tokkal határolódnak el, hosszan tartó pangásos kezelésre kötőszöveti sejtekkel tömülnek el, melyek közt az óriás sejtek zárva maradnak. Az eltemetett gümők körül a pangásos vérboóság hatása alatt keletkezett fiatal edénysarjakban élénkebb vérkeringés támad, miáltal a szövetek tápláltatása javul; a nagyobb vérerek falának kötőszöveti elemei is erősödnek, intimájuk élénk sarjadzást mutat. A gümőkben vagy azokon kívül keletkezett apró tályogok szintén kötőszövetesen obliterá-

lódhatnak, a mint ez némelyik készítményben látható is, hogy a széli részek felől sugár irányban köröskörül fibroblasták haladnak a genyesejtek felé.

Hogy azután az eltemetett gümőkben a tuberculosis bacilusok elpusztultak-e, vagy a pangásos kezelés kihagyása után esetleges trauma vagy más körülmény azokat új életre kelti-e, erre vonatkozólag még további megfigyelések és laboratoriumi vizsgálatok szükségesek.

A módszer hatásának demonstrálása czéljából legyen szabad *3 lábtuberculosis*-esetet ismertetni, a melyeket BIER szerint kezeltünk.

1. Sz. T. 10 éves fiú. Felv. 1906. decz. 13.-án. Tuberculoiticus családból való. Jelen baja 1½ év előtt kezdődött, a mikor jobb lába erősen megdagadt, a lábháton több helyen kifakadt s azóta sebei folyton genyednek. Jobb láb a boka izületi tájon orsószzerűen duzzadt, teriméjében erősen megnagyobbodott, úgy, hogy a sarok-lábhát kerülete 7 cm.-rel vastagabb, mint a bal. A duzzadt helyen a bőr kékes-pirosan elszineződött, nyomásra fájdalmas. A láb sem aktive, sem passive nem mozgatható. A láb hát medialis oldalán, valamint a lateralis boka tájon is több túlsarjadzott szélű, érdes csontra vezető sipoly-járat, melyekből szennyes bűzös gony folyik ki. Tüdők felett kopogtatási eltérés nem mutatható ki, csúcsok felett érdes sejtes légzés hallható. Hőmérsék 38—39° C. Étvágya jó, székletéte naponta többször zöldes-barna, híg, törmelékes és rendkívül bűzös. Testsúlya 23 kgr. RÖNTGEN-felvételen a lábtöcsontok rajzolata teljesen elmosódott, a csontok körvonalai is csak homályosan vehetők ki. Ez az eset tehát oly előrehaladt stadiumban volt, hogy amputation kívül más műtéti eljárás szóba sem jöhetett volna. A BIER-féle eljárást csak mintegy utolsó mentő-kísérletképen próbáltuk meg. A pólyázást, időnként néha 2—3 napi szünetekkel, naponta kétszer, d. e. és d. u. 1 óra hosszat végeztük, a genyedő sipoly-járatokat pedig naponta 3×5 perczig KLAPP-féle szívókkal kezeltük. Ezenkívül az általános egészségi állapotot javító minden intézkedést is megtettünk. Négy hónapi ágyban fekvés után a beteg tehermentesítő járókengyelt kapott, melylyel a szabadba is kimehetett. 10 hónapi pangásos kezelés után semmi javulás nem mutatkozván, 1907. X/24-én RÖNTGEN felvételt készítettünk, a melyen látható, hogy a talus nyakának dorsalis részében egy szilva nagyságú caverna van, közepén mogyorónyi sequesterrel. A csontgerendázatok a láb-szárcsontokban, a talusban és a calcaneus felső részében némileg látszanak, legelmosódottabb rajzolata a calcaneus alsó részének van. Az összes lábtö-csontok corticalisa élesen rajzolt vékony szegély

alakjában látható. X/25.-én *műtét*, mely a mogyorónyi gümös sequester eltávolítása és a sipolyjáratok kikaparásából állott. Műtét után előbbi állapothoz képest szembetűnő javulás állott be, a váladék sokkal kevesebb lett, nem bűzös, láb duzzanata is határozottan csökkent. A kezelés folyamán jelentkezett hideg tályogokat azonnal megnyitottuk és szívóharangokkal kezeltük tovább a sebet. 1908. III/13.-án RÖNTGEN felvétel, a melyen látható, hogy a talus testének csak egy része van meg, a többi kikanalaztatott, vagy részben fel is szívódhatott. A calcaneus állománya teljesen felpuhult, helyén felhőszerű árnyék látható, rajzolata elmosódott. Beteg felvétele óta 16 $\frac{1}{2}$  hónap telt el, mely idő alatt, hetenként néha 3—4 napi megszakitásokkal, a beteg végtagot naponta 2 óra hosszat folyton pangásos vérbösségnek tettük ki. Ezen hosszú ideig tartó pangásos kezelés után a klinikai megfigyelések alapján azt lehet mondani, hogy a beteg állapota lényegesen javult, a láb duzzanata határozottan sokkal kevesebb, a sipolyok nagy része záródott, a lábháton és a bokák táján van még 6 kisebb sipolyjárat, a melyekből nyomásra kevés híg, sárgás geny vagy véres savó szivárog ki. Míg a felvételkor a lábat mozgatni egyáltalában nem tudta s minden érintésre fájdalmat jelzett, most mérsékelten mozgatja a lábát s a mozgatás sem fájdalmas neki. Testsúlya 29 kgr., tehát felvétele óta 6 kgr.-ot hizott. Hőmérséke normális. További kitartó kezelés mellett reméljük, hogy teljesen gyógyulni fog az eset.

2. K. J. 4 éves fiú. Felv. 1907. IV/7. A jobb láb a bokák táján duzzadt, a medialis boka és a köbesont felett túlsarjadzott szélű, érdes csontra vezető, genyedő sipolyjáratok. A lateralis bokától a lábhátra terjedő diffus terime nagyobbodás, mely hullámzó tapintatú, nyomásra kissé érzékeny, a bőr felette kékesen elszíneződött. A jobb sarok-lábhát kerülete 3 cm.-rel nagyobb, mint a bal. Tüdők felett a kopogtatási és hallgatódzási viszonyok rendesek. Kezelés BIER szerint. A kezelés folyamán hideg- és meleg tályogok gyakran jelentkeztek, egy alkalommal súlyos phlegmone is társult (IV/15.) a fungosus és genyesen beszűrődött sipolyok kikaparása után, a midőn a pólyázást a napi 2 óra helyett 22 órára hosszabítottuk meg. Ezen műtét alkalmával az art. tibialis post. is megsérült, mely catguttal köttetett alá. A phlegmone lezajlása után ez a beteg is állandóan járókengyelt viselt, a melyhez a lábat derékszögbe beállítva szíjjal rögzítettük. Ennek ellenére a láb mégis elferdült, a mennyiben mérsékelten befelé görbült állást vett fel. X/25.-én a sipolyok még egyszer kikapartattak, ezután minden tamponálást mellőzve, BIER szerint kezeltünk tovább. Egy évi kezelés után, miközben 2-szer excochleatio is történt, a láb duzzanata csökkent, a külboka táján a sipolyok begyógyultak, míg a belsőboka táján 2 renyhén nedvező sipoly maradt vissza. Lábat mozgatni jól tudja, mozgatáskor nem fájdalmas.

3. Sz. J. 8 éves fiú. Felv. 1907. II/1. Karácsony előtt kezdett fájni a bal lába, mely azóta folyton dagad, 2 vagy 3 hét előtt kifakadt s azóta genyed. A bal lábhat erősen duzzadt. Sarok-lábhát kerülete  $4\frac{1}{4}$  cm.-rel vastagabb, mint a jobb, a bőr kékes-pirosan elszíneződött, nyomásra fájdalmas. A lábhat külső felületén csoportosan 6 érdes csontra vezető, genyedő sipolyjárat, szélein borsómogyorónyi túlsarjadzásokkal. A medialis boka felett diónyi, fluctuáló, fájdalmas terimenagyobbodás. A láb sem active, sem passive nem mozgatható, mozgatási kísérletnél fájdalmas. Testsúly 18·5 kgr. Hőmérséke normális. Kezelés BIER szerint. A lábon levő hideg tályogokat kis bemetszéssel megnyitottuk és KLAPP-féle szívókkal kezeltük. A szabadban állandóan járókengyelben ugrált. X/24.-én RÖNTGEN-felvétel, a melyen látható, hogy az összes lábtöcsontok rajzolata éles; a talus teste a rendesnél laposabb, deformált, mintha felülről lefelé a test súlya összenyomta volna. A corticalis állomány mindenütt igen éles, vékony szegély alakjában látható, mely szegélyre jellemző, hogy az a csontállomány felé is élesen elhatárolt. A calcaneuson azonban és a sinus tarsi-nak, úgyszintén a talusnak ezen üreg felé tekintő felületén már a normalisnak megfelelő vastagságot mutatja a corticalis állomány. X/16. Genyedés megszűnt, nyílásokon át csak kevés savós váladék ürül. XI/25. Lábon a sebnyílások teljesen begyógyultak, genyedés vagy váladék egyáltalában nincs. XII/28. Bal sarok-lábhát kerülete  $1\frac{1}{2}$  cm.-rel kevesebb, mint a jobb, tehát felvétele óta 3 cm.-t csökkent. A bal lábhaton a lateralis bokától a lábhat közepéig csoportosan 6, a medialis oldalon a talpközelében 2, s a talpon 1, összesen tehát 9 lencse-fillérnyi behúzó-dott, teljesen behámosodott sipolynyílás helye, melyeknek környéke kékes-barnán festenyzett. A talp egyenes. Lábát teljesen jól tudja mozgatni, mozgatáskor nem fájdalmas. Testsúlya  $24\frac{1}{2}$  kgr. Tehát felvétele óta 6 kgr.-ot hizott. 1908. I/6.-án, vagyis 11 hónapi BIER-kezelés után a klinikát gyógyúltan hagyta el. A pólyázást otthon tovább folytatta, azóta állapota változatlan; néhány hét előtt a klinikára nyaki lymphomájának az operálása végett hozták be.

Ezen 3 lábtuberculosis esetből is kitűnik, hogy a BIER-féle pangásos vérbőséggel kezelt sebészi gümős bántalmaknál pontos megfigyelés és ellenőrzés szükséges. A csontok állapotát időnként RÖNTGEN-fölvételekkel kell ellenőrizni és ha sequester mutatkoznék, azt czélszerű eltávolítani, mivel a KLAPP-féle szívók hatása alatt nagyobb sequesterek nem ürülnek ki. A kezelés folyamán jelentkezett hideg tályogokat azonnal meg kell nyitni és KLAPP-féle szívókkal kezelni tovább a sebet. Ha meleg tályogok vagy phlegmonék jelentkeznének, azokat az infiltrált terü-

letnek megfelelő hosszú metszéssel tárjuk fel, és a pólyázást napi 1—2 óra helyett 22 órára hosszabbítjuk meg. A BIER szerint kezelt eseteknél első sorban a sebészi tisztaságra kell ügyelni s a gümős sipolyokat vagy sebeket mindig aseptikus kötésekkel kell ellátni. Míg régebben a gümős sipolyoknál és megnyitott hideg tályogoknál kutaszolást, drainezést és tamponálást alkalmaztak, ma a BIER-féle eljárásnál mindezek mellőzendők, KLAPP-féle szívóharangokkal és asepticus kötésekkel teljesen czélt érünk, jodoformot nem igen használunk. Míg BIER a kezelésnél korkülönbséget nem ismer, addig mi ezen eljárást szívesebben használjuk gyermekeknél, mivel ezeknél jobb a gyógyulási hajlam és több időt is fordíthatunk betegségük meggyógyítására, míg felnőttek lábtuberculosisánál vagyoni és megélhetési okokból szívesebben választjuk a rövidebb idő alatt gyógyító, ha nem is oly jó functionális eredményt adó mütéti eljárást. BIER szerint a conservativ kezelésnek fő czélja jó ízületi funkciónak az elérése. Mind a 3 bemutatott eset kielégítő functionalis eredménnyel gyógyult, illetőleg javult, csupán a 2. sz. esetben a phlegmone lezajlása után maradt a láb kissé befelé görbült állásban. *Kéztő tuberculosis* esetekben felnőtteknél is több ízben jó eredményt értünk el, egy esetben *térdizületi gümőkór*nál is, a pangást immobilisálással összekötve, kielégítő volt az eredmény, a mennyiben a fájdalom megszűnt és a contractura engedett, *Caries cubiti*-nél gyógyult esetekről nem számolhatunk be, mivel az illetők a kezelést csakhamar megúnva, haza mentek és további sorsuk előttünk ismeretlen.

## Jegyzőkönyvek

az Erdélyi Múzeum Egyesület orvostudományi  
szakosztályából.

X. szakülés 1908. április hó 4.-én.

Elnök: PURJESZ ZSIGMOND.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

1. DR. GENERSICH GUSZTÁV *Pylorus stenosis*-ban szenvedő csecsemőt mutat be.

*Hozzászól:* MAKARA LAJOS, BUDAY KÁLMÁN.

2. DR. STEINER PÁL: *Subkután bélnruptura operált és gyógyult esete.* A 18 éves férfit, midőn hirtelen megfordult, egy kocsirúdja hirtelen, bal hasfelén oly erővel ütötte meg, hogy rögtön összeesett, eszméletét veszítette, a mentők lakására szállították. Itt csakhamar émelygés, hányás fogta el, nagy hasi fájdalmak jelentkeztek. 9 órával a sérülés elszívése után került a klinikára tiszta sensoriummal, a bal hasfelre kiterjedő heves fájdalommal és kifejezett reflektorius hasi izomösszehúzóddással. Hőmérséke rendes, pulsus 96 percenként. Előzetes gyomormosás és hólyagcsapolás után azonnal műtét. Median laparotomia a köldök alatt; a hasúr megnyitásakor zavaros, fibrines savó bőven ömlik elő, a belek mindenütt belöveltek. A jejunumon a bél oldalán babnyi repedés a nyálkahártya ajakszerű előtüremkedésével. A bélrepedés helyének 2 rétegű elzárása; a hasúr kimosása 40 liter sterilis konyhasóoldattal. Hasfalvarrat. Zavartalan lefolyás; műtét utáni nap spontán volt széke, a hányás megszűnt s a beteg per primam intentionem gyógyult.

Az első 12 órában műtetre kerülő subkután bélrepedéseknek relative jó a prognosisuk, HERTLE szerint az esetek fele megmenthető. Esetünket jellemzi, hogy noha a diffus hashártyalob már kifejlődött, a bélrepedés elzárása és a hasúr bőséges kimosása gyógyulásra vezetett.

*Hozzászólás:* MAKARA tnr. a sima gyógyulást a sós vízzel való alapos kimosásnak tulajdonítja.



3. DR. VERESS FERENCZ. *Pityriasis lichenoides chronica* esetét mutatja be.

23 éves fiatalemberen, kinél semmi felhasználható anamnestikus adat nincs, lépett fel a bántalom 3 évvel ezelőtt néhány lencsényi kivirágzás alakjában a bal felkaron, a honnan hamarosan elterjedt az egész bőrtakaróra a fej, tenyerek és talpak kivételével. Számptalan, lencsényi vagy kisebb-nagyobb barnás, kissé kiemelkedő, száraz, infiltrált sima efflorescentiák láthatók minden rendszer nélkül a törzsön és végtagon. Subjectiv vagy általános tüneteket sohasem okoztak. Nagyrészüket ezüstfehér pikkely fedí, melynek lekaparása után, néha kissé vérző síma felület tűnik elő.

Szól a bántalom kórisméjéről, elkülöníti psoriasistól, lichen rubertől, syphilitól és felemlíti röviden a bántalom történetét valamint azt, hogy ez Kolozsvárt a második közölt eset, a mennyiben az elsőt MARSCHALKÓ tanár 2 évvel ezelőtt diagnostizálta és mutatta be a szakülésen.

4. DR. SÁNDOR ISTVÁN előadása: *A csonttörések kezelése Burdenheuer szerint.* (Készülékek bemutatásával.)

5. DR. SÁNDOR ISTVÁN. Érdekesebb X-sugaras képeket mutat be.

## XI. szakülés 1908. május 2.-án.

Elnök: PURJESZ ZSIGMOND

Jegyző: KONRADI DÁNIEL.

1. STEINER PÁL: *Elephantiasis penis et praeputii* esete.

A 48 éves beteg 24 év előtt luest szerzett, melyet kenőkrával kezelt. Egy év előtt penise dagadni kezdett s ekkor 3 hónapon át 100—100 gr. higanykenőcsöt kent a penisére; e kenőcsös kezelés alatt penise állandóan nagyobbodott. Penisének hossza petyhüdt állapotban jelenleg 16 cm., kerülete 15 cm., a bőr feltűnően megvastagodott, a fityma vissza nem húzható.

Az elephantiasis penis aetiologiájában szerepet játszik az idült gyulladás, visszaeső orbáncz, nyirokérlob, tuberculosus, balanitis és lues. Ez esetben mint kórokozót egyfelől a luest, másfelől a 300 gr. higany-kenőcs által kiváltott izgalmat találjuk. E megbetegedés igen ritka még ott is, a hol az elephantiasis gyakori is, a tropusokon, a keleten is. A kórjóslat kedvezőtlen. Ez esetben a praeputium eltávolítása és esetleg egyes ékalakú lebenyek kimetszése elsődleges varrattal fog történni.

2. VERESS FERENCZ: *Hyperkeratosis subungualis syphilitica* esetét mutatja be, 7 hónap óta syphilisben szenvedő 45 éves egyénen.

3. GÁMÁN BÉLA előadása: *Szakorvosi vizsgálatok a kolozsvári sikeknéma intézet növendékeinél.* (L. Értesítő 75—87 l.)

4. DR. KANITZ HENRIK: *A Moro-féle percután tuberculin-reactióról* értekezik. 350 (98 biztosan gümőkóros, 42 gyanús és 200 nem gümőkóros) egyénen próbálta ki az eljárást és a következő pontokba foglalja össze vizsgálatainak eredményét: 1. A tuberculosis és a Moro-féle percután reactio között valamely szoros összefüggés van ugyan, de azért a reactio fajlagosnak, olyan értelemben, hogy csak tuberculosis jelenlétében és akkor mindig mutatkozik, nem mondható. 2. A positiv reactio nem jelent minden esetben biztos gümőkórt, a mint hogy nem minden biztos gümőkór ad positiv reactiót. És viszont a reactio kimaradása nem jelzi biztosan a tuberculosis hiányát, sőt sokszor éppen ennek az ellenkezője áll fenn. 3. A percután reactio alapján, tehát a gümőkórt biztonsággal sem kórismézni, sem kizárni nem lehet. 4. A cután tuberculin-reactiók értékesíthetősége szempontjából behatóan tanulmányozandók mindazon tényezők, melyek a bőrnek reactióképességét a tuberculin-nal szemben befolyásolják.

*Hozzászólások:* a) UDRÁNSZKY LÁSZLÓ tnr. a fajlagosan ható anyagoknak a bőrön át bekebelezésével végzett kísérleteket illetőleg arra utal, hogy annak megállapítása, mennyi szívódott föl valóban az illető anyagból, gyakran leküzdhetetlen nehézségekbe ütközik.

b) BLUMENEELD SÁNDOR dr.: Midőn Moro-nak a Münch. Med. Wochenschriftben megjelent cikkét olvastam, az a kérdés merült fel előttem, vajjon egyáltalában szükség van-e erre a reactióra, nem-sokára azt válaszolhattam reá, hogy nincs. T. i. 60 biztos tüdő-tuberculosisban szenvedő egyén közül csak 15—20-nál kaptam positiv reactiót, tehát ott, hol más klinikai vizsgálatokkal ki tudtam mutatni a gümőkórt, e reactióval az nem sikerült. Az én szerény véleményem az: elégedjünk meg a tuberculinnak *bőralá* való alkalmazásával, a hol nemcsak a localis, hanem az általános reactio is pontosabb és könnyebben megfigyelhető, mint a cután, conjunctivalis vagy percután reactio. Az előadó úr által említett veszélytelensége, ártatlansága a reactionnak sincs egészen úgy, hiszen láttuk, hogy tuberculin injectio (therapeutikus) után oly fokozott mértékben újult ki a reactio, hogy a beteg még hetek múlva is panaszolt viszketés érzetéről és arról, hogy testén most is megvannak a kiütések. Én azt hiszem, hogy klinikánkon, hol a tuberculin-t therapeutikus célok-ból subcután alkalmazzák, nemcsak hogy nem tanácsos e reactiókat mint feleslegeseket végezni, hanem a kellemetlen kiújulásokra való tekintettel nem is szabad.

c) REINBOLD BÉLA. A tuberculin reactiók gyakorlati értékesíthetőségének főleg a reactio túlságos érzékenysége áll útjában, a mennyiben olyan esetekben is positiv eredményt kapunk, melyekben tuberculosis tényleg nincs jelen, hanem csak lezajlott gümős folyamatok nyomaival találkozunk. A tuberculin reactiók kiviteli módjának újabb módosításaiban a reactio érzékenységének lefokozására

irányuló törekvés látható. A mennyiben azonban az újabb módosítások, így a Moro-féle is, ezt az eredményt részben az által igyekeznek elérni, hogy a bevitt tuberculin mennyiségét a minimumra szállítják le, ezt az irányt nem tartja szerencsésnek. A reactio érzékenységének leszállítása tényleg kívánatos a reactio fajlagosságának fokozása érdekében. Ennek azonban nem a bevitt tuberculin mennyiségének végtelékig menő csökkentése által kell történnie, mert ezzel a reactio csak bizonytalanná válik, fajlagossága azonban nem fokozódhatik.

Hozzászóltak még JANCsó MIKLÓS és ELFER ALADÁR.

ELŐADÓ: Elismeri, hogy a reagens pontos adagolása ezen eljárásoknál kivihetetlen, de hiszen ez tulajdonképpen a tuberkulinak bőr alá fecskendésekor sem lehetséges. A reactio lefolyásának qualitativ tanulmányozására pedig a bőr kedvező helyzeténél fogva a legalkalmasabb. Hangsúlyozza még egyszer, hogy a Moro-féle kenőcsreakciónak nem tulajdonít nagy jelentőséget a gümőkór körismézésében. BLUMENFELD intése, hogy tuberculinkezelésben részesülő betegeknel a kellemetlen kiújulásokra való tekintettel a localis tuberculinreactiók lehetőleg ne alkalmaztassanak, megszívlelendő.

## XII. szakülés 1908. május hó 9.-én.

Elnök: PURJESZ ZSIGMOND

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

1. DR. KANITZ HENRIK: a) *Pellagra-esetek.* A pellagra lefolyásában időszakos javulások és kiújulások váltakoznak egymással. A téli hónapokban a pellagrás elváltozások meg szoktak szünni, de ha a beteg a télen át nem változtat életmódján, nevezetesen ha tovább fogyasztja a kukoriczát, a következő tavasszal újból előállanak. Ezért van az, hogy a pellagrás betegek rendszeren tavasszal kerülnek észlelés alá. A bőrgyógyászati klinikán ősz óta nem látunk pellagrát, a múlt héten egyszerre kettő is jelentkezett.

1. eset. G. A.-né 40 éves, Száva, Szolnok-Doboka megyei községből. A betegség 2 év óta, a jelenlegi elváltozások 6 hét óta állnak fenn. Családjában hasonló baj nem fordult elő. Gyermekkora óta főleg málélisztból készült kenyérrrel és puliszkával él. A kezek és ujjak háti felületén a bőr barnásan festékezett, a középén atrophias, a kezek szélein és az ujjakon kissé beszűrődött, csak vastagabb ránczokba szedhető, sokszorosan berepedezett. Az egész elváltozás felfelé, 3 harántujnyira a kéztőizület felett, feltünően pigmentált, sötét sávval élesen végződik. A beteg kesernyés szájról, nyálfolyról, hányingerről panaszskodik. Szájnyálkahártya duzzadtabb, pirosabb. Erős hasmenés, mely már 2 hónap óta tart. Idegrendszer részéről nincs kóros elváltozás.

2. K. L. 54 éves napszámosnő, a kolozsmegyei Ombuzd községből. Szintén főképen kukorica-kenyérből és puliszkából él gyermek-kora óta. Ezelőtt 4 héttel kezén, lábán meglobosodott a bőr, de ez évben már harmadízben támadja meg a betegség, mely mindig tavasszal, az első mezei munka után szokott előállani. Családjában hasonló betegség nem fordult elő. Tünetek: A kezek háti felületén az ujjak végétől kezdve felfelé, egészen az alkarok közepéig a bőr feltűnő sötéten pigmentált, szinte barnás-fekete, a szaruréteg nagyfokú hyperkeratosist mutat, a bőr felületi barázdáltsága rendkívül kifejezett, az ujjak és kezek szélein berepedezések. A lábhát bőre mindkét oldalt erősen hyperaemiás és savósan duzzadt, az ujjak tövében mogyorónyi—diónyi kissé zavaros tartalmú hólyagok. Congestiv vérbőség és savós beivódás a száj nyálkahártyáján, a nyelv több helyt berepedt, a beteg sajátságos sós és keserű szájjárról panaszkodik. Hasmenés nem áll fenn. Ellenben kisebb fokú zavarok állapíthatók meg az idegrendszer részéről, u. m. fejfájás, fájdalma a gerinczben, állandó szédülés, renyhe pupillaris reactio, fokozott reflexek, homályos látás, nagyfokú lehangoltság, részvétlenség.

A pellagrának — mint ismeretes — Erdély a főfészke. A kolozsvári bel-, bőr- és elme-kórtani klinikán 1898-tól 1906-ig 150 pellagrast észleltek. A betegségnek ezen rendkívüli elterjedése az erdélyi megyékben prophylaktikus intézkedéseket követel.

*Hozzászólás:* PAPP ERNŐ felemlíti, hogy olyan egyénnél is észlelte a pellagrát, a ki kukorica nélkül élt. Ugyanezen a véleményen van PURJESZ TIR. is, de hozzáteszi, hogy az ilyeneknél felveszik, hogy kukoriczából készült pálinkát ittak.

VERESS FERENCZ szerint mégis legnagyobb szerepe a kukoriczának van.

b) *Súlyos égési sérülés nagyfokú eltorzítással.* A 2 éves leánygyermek 3 hónap előtt fejjel belebukott egy forró, lúgos vízzel telt dézsába. A súlyos, harmadfokú égés következtében az egész fej és arcbőr hegesen gyógyult, a szőrzet e helyeken elpusztult, a bőr atrophias, rugalmatlan, síma, fénylő, az alapjához rögzített, a szájnnyílás hosszúkás haránt réssé alakult, a felső és alsó szemhéjak mindkét oldalon kifordultak és az orbita csontos széléhez odanőttek, a cornea mindkét szemem egy heges szövetté alakult, melynek közepébe az iris belenőtt. Teljes vakság. A gyermek mind ezen elváltozások következtében szinte ijesztő módon el van torzítva. Gyógyítólág beavatkozni alig lehet.

2. FÉLEGYHÁZY ERNŐ dr.: „*A Bier-féle pangásos vérbőség hatásáról, sebészi gümös bántalmaknál*“ czímen tart előadást. (I. értesítő 88—95 lapjain.)

*Hozzászólások:* MAKARA LAJOS dr. Felszólalásom célja, hogy egyrészt elhárítsam a félreértéseket, melyek tán a hallott előadás kapcsán támadhatnak, másrészt, hogy körvonalazzam már ez

alkalommal klinikánk tapasztalatait és álláspontját a BIER-féle kezelés körül.

FÉLEGYHÁZI dr. bemutatott szövettani vizsgálatai egyelőre kisebb méretűek, mintsem igényt tartanának arra, hogy a gümös bántalmaknál a B.-féle kezelés során fölmerülő szövet változásokat mind felülették és megfejtették volna. Készítményei csak arról tanuskodnak, hogy 1. a KLAPP-féle szívók a szövetek folyékony és mobilis elemeit mozgósítják, 2. hogy a pangásos és szívó kezelés hosszabb idejű használata után a javulások vagy gyógyulások karöltve járnak a kötőszövet megszorodásával. Tehát ezen kötőszövetzsorodás mint a gyógyulás egyik tényezője látszik szerepelni.

A gümös bántalmak lassú gyógyulása miatt a B.-féle kezelésről végleges ítéletet ez irányban ma sem mondhatunk. A kezelés hosszadalmassága miatt a klinikára felvett gümös eseteket B. kezelés mellett végig észlelni aránylag csekély számú esetben volt alkalmunk. A nem javuló eseteket vagy a türelmetlen betegeket megoperáltuk, a javulók nagyobb részét házi tovább kezelésre útasítottuk. Betegjeinkről összeállítással még nem rendelkezünk s így csak azon általános nézetünket mondhatjuk el, hogy a B.-féle pangás és a KLAPP-féle szívók rendszeres és kitartó használata mellett a gümös mirigy-, csont- és ízületbántalmak egy része határozottan javul, sőt hosszabb idő, hónapok, évek múlva meg is gyógyulhat. E gyógyulásban, véleményünk szerint nem magának az ismétlődő vérbőségnak, hanem a pangásos és szívókezeléssel együtt járó szöveti változásoknak van a főrészüik, azért is a sipolyos esetek szinte jobb anyagát képezik e kezelésmódnak. Hogy azután a csont- és ízület-tuberculózisok gyógyulása ily módon mennyiben tartós, nem következik-e be visszaesések, ez iránt ma még nem nyilatkozhatunk.

A bemutatott 3 beteget kísérleti célból tartottuk oly hosszú idő óta a klinikán, hogy a módszernek mintegy határait kipróbáljuk. Mert mindhárom, előhaladott lábtő és boka gümösödésben szenvedő betegnél a többi megtartó módszerek kilátással már alkalmazhatók nem lettek volna. A B. kezelés mellett, kombinálva tehermentesítéssel és kisebb műtéti beavatkozásokkal, mindannyinál jelentékeny javulás, sőt kettőnél a gyógyuláshoz közel álló állapot következett be. A B.-féle kezelés tehát méltán sorakozik a többi conserváló kezelésmódok mellé.

Általán véve azonban a B.-féle hyperaemiás gyógyítás nem felelt meg azon nagy várakozásoknak, melyeket hozzá fűztünk. Kétségtelenül érdeme B. nek, hogy a buvárok azon csoportjához csatlakozván, a melyik a gyulladásokat kísérő vérbőséget hasznosnak tartja, ezen felfogást népszerűvé tette. Abban azonban, véleményem szerint, túlló B. a célon, mikor a vérbőséget minden gyulladásnál fokozni óhajtja. Mert, ha az ő teleologikus álláspontjára helyezkedve, a gyulladásos vérbőséget a természet célszerű intéz-

kedésének tekintjük, ellenkezésbe jövünk önmagunkkal, midőn a vérbőség fokát nem tartjuk elégségesnek és azt minden esetben corrigálni és pedig fokozni akarjuk.

Tényleg a fedett, heveny gyulladásoknál a tapasztalat azt mutatta, hogy a pangásos kezelés nem mindig czélszerű. Kezdődő bántalmak hirtelen súlyosbodhatnak, az előhaladottaknak a kezelését pedig bemetszések nélkül nem szabad megkísérteni.

Máskép áll a dolog a nyílt vagy bemetszésekkel megnyitott eseteknél, ilyenkor a strangulálás nemcsak vérbőséget eredményez, de a nedváramlást a seb színek felé terelvén, ott bőséges savófolyságot s ezáltal a bakteriumok és termékeik bőséges kifelé jutását eredményezi. Véleményem szerint ez képezi hasonló esetekben a siker kulcsát. A szívókezelés sok tekintetben különbözik a strangulálástól. A hyperaemizáló hatás itt csak másodrendű dolog, miért is e módszerrel kevesebb bajt okozhatunk. Nyílt esetekben itt egyenesen a sebváladék enyhe eltávolítása áll a homloktérben.

Azonban, ha a B. kezelés oly értelemben nem is vált be, mint azt B. fejtegetései alapján várni lehetett, mégis elvitázhatatlan érdeme, hogy a sebészeket visszatartotta a czélszerűtlen bemetszésektől, az ok nélkül való húzamos tamponálástól. Segélyével sikerül a sebváladék kifolyását kisebb nyílásokon és kiméletesebb módon érni el.

Már a múlt évben, az első sebészgyűlésre készített referatumban kiemelttem, hogy míg azelőtt a sebészek a bemetszések nagyságával licitáltak egymásra, most B. a bemetszések kicsinyiségére helyezte súlyt. Az igazság pedig a középben van. A bemetszések fontosságát és a minimális metszések elégtelenségét először LEXER hangoztatta, midőn egyúttal az egész módszernek kritikai megvilágosítását adta. Kétségtelen, hogy a jól megválasztott helyen, irányban és nagyságban ejtett bemetszések a gyulladások korlátozásának legfontosabb tényezői. Más részről nagyban hozzájárul a sikerhez azon körülmény, hogy tartózkodunk a szöveteket lecsupaszítás-, főlös tamponálással táplálkozásukban zavarni.

Sajnálni lehet, hogy a mai kor lázas munkálkodásában oly hamar divatját multa a B. kezelés az orvosi irodalomban; szinte napirendre tértek fölötte, mielőtt annak sikereit és balsikereit minden irányban megfejtették volna, mielőtt az indicatiók és contra-indicatiók pontosan körvonaloztattak volna.

Hozzászól még VERESS FERENCZ.

## XIII. szakülés 1908. május hó 16.-án.

Elnök: PURJESZ ZSIGMOND

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

1. BLUMENFELD SÁNDOR dr. az *ophthalmoreactio sejtani értékéről* tart előadást. LAFOU és LAUTIER úgy találták, hogy a klinikailag positiv reactiojú szem váladékában (tuberculin beecseppintés után) a polynuklearis leukocyták felszaporodnak, míg a negativ esetekben vagy nem, vagy csak elvétve találunk egy-egy polynuklearis leukocytát. E lelet segítségével már a reactio klinikai megjelenése előtt megállapíthatjuk, hogy e reactio positiv vagy negativ. Előadó nemcsak tuberculin beecseppintés után vizsgálta a szem váladékát, hanem collyrium adstr. lut. és 10% glycerin beecseppintése után is és e mellett még conjunctivisos betegek szemváladékát is. Vizsgálatainak eredménye az, hogy úgy egészséges, mint gümőkóros egyénnél nemcsak tuberculin, hanem collyr. adst. lut. 10%-os glycerin beecseppintése után is talált nagyobb számú polynuklearis leukocytát a szem váladékában. Hasonló a lelet conjunctivitisnél is. Következésképp kimondja, hogy a polynuklearis leukocyták megjelenése a szem váladékában sem azt nem jelenti, hogy positiv a reactio, sem pedig gümőkórra nem jellemző.

2. VERESS FERENCZ: Vetített képek bemutatása. II. sorozat: Bőrbántalmak czímen tart előadást.

## XIV. szakülés 1908. május hó 23.-án.

Elnök: TURCSA JÁNOS

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

1. SÁNDOR ISTVÁN dr. *Trauma után az arczon fellépett nagy-kiterjedésű haematoma vagy aneurysma spurium, vagy esetleg angioma, ritkább esetét mutatja be.*

A hatvanégy éves nőbeteg mintegy kilencz hónap előtt homlokát megütötte, ezután 2—3 hónap múlva az ütés helye duzzadni, majd pirosodni kezdett. A duzzanat és a pirosas-kékes elszíneződés azóta állandóan terjed, úgy, hogy jelenleg a beteg arcza lárvaszerű, szemeit nyitni alig tudja. A duzzanattól a vér nyomással kiüríthető, felette erős, systolikus surranás hallható. A nyálkahártyákra a folyamat nem terjedt át, az egésznek tapintata az angiomakénál keményebb és az angiomára emlékeztető területek határai vízenyősen infiltrált halvány sárgás-zöldes színeződésű területekbe mennek át. Therapeutice ha vérzéses eredetre gondolunk a trauma helyén, úgy a vérző hely feltárása és ellátása jöhetne szóba. Ha mégis angioma-

tosus elváltozás volna jelen, úgy terjedelménél fogva csakis conservativ eljárástól, esetleg talán néhány RÖNTGEN besugárzástól lehetne eredményt várni.

2. DR. KANITZ HENRIK: *Urticaria pigmentosa* esete egy 9 éves leánynál. A betegség 3 év előtt kezdődött, néhány urticariás bőr-elváltozás fellépésével, melyeknek helyén azonnal barnás festékezetség támadt. Azóta több ízben egyes rohamokban részint új góczok támadtak, melyek szintén barnás pigmentatio hátrahagyásával visszafejlődtek, részint az új góczok fellépésével egyidejűleg a régi festékezett helyek megduzzadnak, kivörösödnek és viszketnek. Jelenleg csak festékezett helyek láthatók a köztakarón (nyakon nagyobb, egész tenyérynyi, végtagokon korona egész forintos nagyságú foltok), de néhány nap előtt volt a betegnek egy új eruptiója, a mikor az összes elváltozásoknak urticariaszerű meglobosodását és megduzzadását észleltük. A festékezett helyek művi izgatással is megduzzaszthatók. A nem festékezett helyen dermatographismus mutatható ki. A festékezetség a régibb góczokban sötétebb, az újabb elváltozásokban halványabb. Az egyes rohamok fejfájással, hasmenéssel, gyomortáji fájdalommal és mérsékelt lázzal kezdődnek.

Az urticariás eruptióknak ugyanazon bőrreszleten való рецидивálása, az egyes góczok helyén visszamaradó sötét festékezetség biztossá teszik az urticaria pigmentosa kórismétét.

A betegség prognosisa nem kedvezőtlen, a gyermekek a baj ellenére jól szoktak fejlődni. Hogy mikor szűnnek meg a rohamok, azt nem lehet tudni.

Az urticaria pigmentosa kóroktana teljesen homályos. Az elnevezéssel csak egy bőrleletet jelzünk, mely bőrlelet az illető betegen időről-időre megtalálható, de hogy e bőrelváltozás mögött miféle kóros folyamat rejlik, a fenti diagnosissal éppenséggel nincs megmondva.

Az urticaria pigmentosa ellen orvosságunk nincs. A kezelés tisztán tüneti és a bőr izgalmának és a viszketésnek csökkentésére irányul.

3. GÓTH LAJOS dr. *Gerinczvelő érzéstelenítés nőgyógyászati műtéteknél* címmel tart előadást. Egész terjedelemben a „Gyógyászat”-ban és németül „Gynäkologische Rundschau”-ban fog megjelenni.

A nőgyógyászati klinikán végzett 72 kísérletről számol be, melyek közül 61-szer kifogástalan eredményt tudott elérni. Fejtegeti a technikát, mellék- és utótüneteket. Conclusiója az, hogy a nőgyógyászati műtéteknél éppenséggel használható és használandó a lumbalis analgesia, mint általában a sebészetben; az, hogy éppenséggel nőgyógyászati műtéteknél alkalmazzák, sem az eljárás, sem a sikeren, mellék-, vagy utótüneteket nem változtat. Minthogy előnye az általános nare-okkal szemben főleg akkor szembetűnő, midőn a műtét tartama miatt annyi chloroform használtatik el, a mennyi a szükséges stovain



veszélyeivel felérő ártalmakat jelent, a gerinczvelő érzéstelenítése éppen a nagyobb és nagy műtéteknél alkalmazandó.

*Hozzászólás:* a) MAKARA LAJOS dr. A gerincztagyi érzéstelenítés kérdése már két ízben volt a szakosztályban tárgyalva, miért is hozzászólásom rövid lehet, csak a kérdésben elfoglalt mai álláspontunkat kívánom néhány szóval körvonalozni.

Mindenek előtt az előadó úr által fölemlített morphium befecskendésre vonatkozólag megjegyzem, hogy mi azt nem 10 perezzel, de egy órával a műtét előtt adjuk. Némely egyén ugyanis a morphiummal szemben túlérzékeny, ilyeneknél annak kellemetlen mellékhatásai, a lumbalis befecskendett anaestheticum hatásával egybeesve, a collapsus esélyeit fokozzák.

Idevonatkozó mult évi előadásomat azzal fejeztem be, hogy a gerinczérzéstelenítés mai állása mellett, törekvéseink súlypontját az általános bódítás lehető tökéletesítésére kell helyezni. Álláspontunk ma sem változott, sőt azóta a lumbalis analgesia körét szűkebbre szabtuk. Különösen bizalmatlanok lettünk a stovainos lumbalis analgesiókkal szemben, mert kétségtelen, hogy annak veszélyei a jól alkalmazott bódítást messze túlszárnyalják.

Sajnos, erről magunknak is volt alkalmunk meggyőződni, mikor egy erőteljes férfi betegünket gümös térdizületének műtete czéljából 6 ctgrm stovainnal a szokásos módon érzéstelenítettük, s az első bemetszés megejtésekor halálos légzési és szívhüdést kapott. A boncsolás ugyan lappangó gümös hashártyagyulladás és régi, lefolyt pericarditist is mutatott, de nem állíthatjuk, hogy ezek a különben erőteljes egyén stovain mérgezését elősegítették volna.

Ezen halálos kimenetel nálunk körülbelül 350 stovainos lumbalis befecskendezésre esik. Ezen arányszám megfelel az irodalmi adatoknak is. Minthogy pedig a mérgezés veszélye az elhasznált stovain mennyisége arányában fokozódik, én már a 6 ctgrmot maximalis adagnak tartom. Ezt bizonyítják előadó úr esetei is, midőn azok közt a nagyobb stovain adagnak megfelelőleg már 73 esetre két stovain halál esik. Ha ezek legyengült, ascitestől fölnyomott rekeszű betegek voltak is, a halálozás rendkívül nagy az eljárás rovására. A mennyire megvesztegető a lumbalis analgesia képe, a mikor az jól sikerül és a kellemetlen utóhatások is elmaradnak, annyira kijózanítanak és óvatosságra intenek az említett szomorú tapasztalatok, melyek teljesen kiszámíthatatlanok. Ehhez járultak az elég gyakori, múlt természetű, kellemetlen utóhatások és a szerencsére ritkábban tapasztalt tartós hatások, valamint az irodalomban közölt maradó bűnlások.

Ezzel szemben a narcosis mai fejlettségében sokkal veszélytelenebb, jobban kiszámítható eljárás. Különösen az esetenként helyesen megválasztott kombinált narcosisok veszélyei gondos adagolás és jó ellenőrzés mellett igazán csekélyek. Meg kell azonban vallani,

hogy a morphium, scopolamin, aether és chloroform helyes megválasztása, a beteg jó elhelyezése és előkészítése, esetleg az altató készülék kezelése, a narkotizálóval szemben nagyobb igényeket támaszt, mintsem a régi egyszerű chloroform vagy aether narkosisok.

Mindezek daczára lesznek esetek és körülmények, a mikor a lumbalis analgesia az általános bódításnál alkalmasabbnak és előnyösebbnek mutatkozik, de ilyenkor válaszszuk a legkevésbé veszélyes anaestheticumot, vagy, ha bármi oknál fogva mégis a stovainnál maradunk, igyekezzünk a kisebb adagokkal célt érni. Szóva nem akarunk a lumbalis analgesiát a jövőben sem nélkülözni, de annak indicatióit és kivitelét tartjuk szigorubban elbirálandónak.

b) SÁNDOR ISTVÁN többször látott kellemetlen mellékhatásokat és ezért az általános narkosis híve.

c) STEINER PAL véleménye szerint nem a technikától, hanem a befeeskenedett szertől függ a kérdés haladása.

d) SZABÓ TIR akkor, mikor a műtétel természete szerint hosszú és mély narkosisra van szükség, szivesebben nyúl a lumbalis érzéstelenítéshez.

4. VERESS FERENCZ előadása: Új módszer lehetőleg természetű viaszlenyomatok (moulage-ok) előállítására.

## 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:

Bölesészet-, 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 díj-talanul, megnyitja;

4. táraiban időnként magyarázó előadásokat tart;

5. a táraikat illető tudományos szakokból népszerűsítő és szakelőadásokról gondoskodik;

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

7. vándorgyűléseket;

8. különleges, időszakos 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 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 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 kötelezik 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 kötelezik magukat, hogy három éven át évi 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 választmányának. 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 beléptek 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.