

9740

AZ ERZSÉBET  
EGYETEMI TUDOMÁNYOS EGYESÜLET  
ORVOSI SZAKOSZTÁLYÁNAK

# ÜLÉSJEGYZŐKÖNYVEI

AZ 1929-IK ÉVRŐL

ÖSSZEFOGLALTA:

GÖTTSCHE OSZKÁR DR.  
EGYET. MAGÁNTANÁR, FŐTITKÁR

IV. KÖTET



KIR. MAGYAR EGYETEMI NYOMDA BUDAPEST, MÚZEUM-KÖRÜT 6. GÓLYAVÁR.



AZ ERZSÉBET  
EGYETEMI TUDOMÁNYOS EGYESÜLET  
ORVOSI SZAKOSZTÁLYÁNAK

# ÜLÉSJEGYZŐKÖNYVEI

AZ 1929-IK ÉVRŐL

ÖSSZEFOGLALTA:

GÖTTSCHE OSZKÁR DR.

EGYET. MAGÁNTANÁR, FŐTITKÁR

IV. KÖTET



PTE OEC KÖNYVTÁRA



00051604





## Diszülés. 1929 február 7.

**1. Heim P.: Elnöki megnyitó.** Tisztelt Szakosztály! Évenkénti nagygyűlésünk *Tóth Lajos* tiszteletének szolgálatában áll. Soha el nem múló hálánknak, ragaszkodásunknak és szeretetünknek akarunk kifejezést adni e napon és dokumentálni akarjuk azt, hogy ennek a kiváló nagy férfúnak emléke nem halványult el a szívünkben. *Tóth Lajos* hosszú életet töltött el kemény munkában, nevéhez az intézmények egész sorának megalapítása, egy másik egész sorának életképessé tévése és ismét egy egész másik sorának megmentése fűződik. Nagy érdemei életében elismerést, tiszteletet, kitüntetésekét vívtak ki számára. De *Tóth Lajos* ninesen már közöttünk, és az emberek hamar felejteneik. Hogy az ember felejtenei tud, hogy az embernek felejtenei kell, jótékony ajándéka Istennek. Az idő lassan-lassan mindent nivellálni igyekszik. Az egymásra rakódó porszemek nemcsak városokat tudnak eltemetni és a földdel egyenlővé tenni, de belepik az érdekeket is, és évek multán eltemetődik szívünkben a fájdalom és a csapás is. És így van ez jól. De az Isten a feledni tudás mellett az igaz, a jó, a nemes embernek a feledni nem akarást is ajándéknak adta. Mi nem akarjuk *Tóth Lajost* elfelejtenei és mi nem engedjük *Tóth Lajost* elfeledni, benne nemcsak az alkotó embert, nemcsak az igaz magyar embert, hanem a szív emberét is megismertük. Minket nemcsak a lázas alkotó munka szoros kapcsa fűzött hozzá, hanem vele összeforrasztott a csapások, az üldöztetés, a jövőben való bizonytalanság érzete. Végveszélyben kapaszkodott be az ő erős kezébe ez a sokat szenvedett Egyetem és ha el is távozott közülünk, emléke bennünk tovább él. Évről-évre ezt a napot szenteljük emlékének, e napon kérjük fel az orvosi tudományok egyik kiváló művelőjét, hogy tartson szakmájából egy tudományos előadást *Tóth Lajos* emlékére. Az idén a választás *Fenyvessy Béla* professorra esett. *Fenyvessy* professor Egyetemünknek megalakítása óta profeszora. Sorsa Egyetemünkön talán a leginkább tükrözi vissza magának Egyetemünknek sorsát. Pozsonyban, amikor Egyetemünk a kezdet nehézségeivel küzdött, nem tudta mindjárt berendezni tökéletesnek indult intézetét és ezért szerényen meghúzódott a gyermekklinika laboratóriumai-ban, mert tudta, hogy az intenzív tudományos munkának, az alapos tanításnak nem a fényes épület, de a rátermettség a feltétele. És szerény kis helyiségekben dolgozott, dolgoztatott, tanított és nevelt. És elkészítette saját szép intézetét, bele vitte lelkét, tudását, rajongását és amikor megvolt, át kellett adnia azt a megszálló ellenséges cseh hatalomnak. Egyetemünk első orvos-rectorának választotta, de keserű, gondterhes év volt ez, mert a cseh ura-

lem éve volt. És *Fenyvessy* professor ebben a nehéz időben is csak dicsőséget szerzett Egyetemének. A megszálló hatalommal szemben önérzetes, gerinces volt, de nem volt provokáló. Tanártársaiban törhetetlen hittel tartotta a lelket és szívós energiával fáradott azon, hogy az Egyetem tanári kara maradjon együtt, ne fogadja el a minduntalan kínálkozó egyéni elhelyeződés lehetőségeit és akár egyéni érdekei árán is, tartsa fel az Erzsébet Egyetemet, amelynek nagyjelentőségéről *Fenyvessy* professor szikla szilárdan meg volt győződve. Majd jött a kiutasítás és menekülés ideje és Budapesten megint a gyermekklinika laboratoriuma volt az intézete és én magamat érzem a leghivatottabbnak annak a megítélésére, hogy *Fenyvessy* professor a legnehezebb, a legszerényebb körülmények között milyen hatalmas és lelkes munkát végzett. Pár szűk szobából álló intézetében nemcsak tanított, hanem ő is, tanítványai is a tudományos munkák egy egész sorát fejezték ott be, sőt a pesti Egyetemnek egyes chemiai doktorjelöltjei az ő kis intézetében csinálták meg doktori disszertációjukat. De ezen kívül vállalta az életrehívott tiszti orvoscépzés megszervezését, előadta a tanfolyamon az elméleti és gyakorlati hygienét, tartott népszerű előadásokat, végezte a Stefánia Szövetség laboratoriumi munkásságát és mindezt nem anyagiakért, nem dicsőségért, egyes-egyedül azért, hogy bebizonyítsa Egyetemünk létjogosultságát, fenntartásának szükségességét. Pécsen végre megkapta *Fenyvessy* professor az őt megillető, megfelelő intézetet. Itt alkalma van megmutatni, hogy ő a hygienét nemcsak tudományosan műveli, hanem nagy tudásának gyakorlati következtetéseit is le tudja vonni. Ott látjuk őt tanítványaival a falun, amikor hol az egyke, hol a csecsemőhalálozás, hol a tuberculosis, hol a typhusjárvány elleni küzdelemben kapcsolódik bele és csakhamar a kezében a vezetés, az irányítás és mi, tanártársai, szívesen veszünk részt e gyakorlati munkában, vezéreltetve általa. *Fenyvessy* kedvelt, tisztelt embere volt *Tóth Lajos*nak. Egyikük sem kereste a feltűnést, a szereplést, egyikük sem volt a formák, a megrendezések embere, amit ők jónak, helyesnek, szükségesnek ítélték, azt ők megtették és ebben nem akadályozta meg őket sem a nehézség, sem a szűkkeblűség, sem a feltornyosuló akadályok. És én úgy érzem, hogy ma *Tóth Lajos* köztünk van, az ő nevében, ezekkel az érzelmekkel kérem fel *Fenyvessy* professort, hogy tartsa meg előadását.

**2. Fenyvessy B.:** *A lappangó fertőzések járványtani jelentőségéről.* (*Tóth Lajos emlékelőadás.*) A lappangó fertőzés fogalmának meghatározása után az előadó fejtegeti azokat az elméleti lehetőségeket, amelyek mellett lappangó fertőzés létre jöhet. Három fő alakját különbözteti meg: megbetegedést megelőző, megbetegedést követő, és a megbetegedés nélkül fennálló lappangó fertőzést. Különböző járványos betegségek példáival illusztrálja az egyes eseteket. A lappangó fertőzések járványtani jelentőségét két szempontból veszi vizsgálat alá: 1. milyen szerepük van a járványok terjesztésében; 2. az immunitás létrehozásában. Majd részletesen fejtegeti azokat a körülményeket, amelyekről függ, hogy a lappangó fertőzések ezen két irányú hatásukat kifejtthessék. Az álta-

lánosságban előadottakat a diphtheria- és az influenza-járványok példáján veszi tüzetesebben szemügyre. Egyenként ismerteti a két betegség járványtani sajátosságait és azt a szerepet, amelyet azokban a lappangó fertőzések játszanak. A két betegség járványtanában mutatkozó eltérések ellenére mind a kettőnél kétségtelen a lappangó fertőzések igen nagy szerepe, úgy azok előidőzésében és terjesztésében, mint az átvészeléses immunitás létrejötte folytán az illető betegségeknek életkorok szerint való eloszlásában, illetőleg időbeli ingadozásaiban. Megállapítja összefoglalásképen, hogy az említett és hozzájuk hasonlóan számos más járványok elleni védekezésnek teljes sikere csak úgy lehet, ha intézkedéseinket a lappangó fertőzésekre is kiterjesztjük.

**3. Heim P.:** elnök kihirdeti az orvosi szakosztály 1928. évi pályázatának eredményét. Az 1928. évi pályadíj elméleti szakon működő orvosdoktorok abszolút értékű munkásságát jutalmazza. Az Erzsébet Egyetem orvos-tudományi tanártestülete, mint bírálóbizottság, a 800 pengős pályadíját kettő osztotta és *Kiss Ferenc dr.* egyetemi magántanár, a Pázmány Péter Tudományegyetem I. sz. Anatómiai Intézet adjunktusának és *Ernst Jenő dr.* egyetemi magántanár, az Erzsébet Tudományegyetem Gyógy-szertani Intézet tanársegédének ítélte oda.

## I. sz. tud. ülés. 1929 február 18.

**1. Klein M.:** *Két sarkoma egy szemben.* A sarkoma chorioideae miatt enucleált szemben két különálló gócot talált. A nagyobb expansiv növekedésű, pigment- és rostszegény orsósejtű sarkoma, a kisebb infiltratív, pigmentdús, rostokban gazdag, szintén orsósejtekből áll. A szövettani kép alapján az következtethető, hogy a nagyobb és a gyors növekedés jeleit mutató góc a kisebb, régebbi gócból származó metastasis.

**Imre I.:** A bemutató a diagnostikus eljárásokat is érintette. Hangsúlyozni óhajtja a próbabüncio veszedelmét és kétes diagnostikai értékét. A punctatum mikroszkopiai vizsgálata tumor esetében is negatív lehet, másrészt a tű a szúrás esatornába implantálhat daganatsejteket, amire az irodalomban adatok találhatók. Ezért ezt a legutóbb is ajánlott eljárást nem mondhatja sem megbízhatónak, sem veszélytelennek.

**2. Vitéz Dániel E.:** a) *Érdekesebb hydronephrosis esete.* Ritkább nagyságú hydronephrosist mutat be. A vesezsák a rekesztől a kismedencéig kitöltötte a hasüreget és a jobb hasfelet erősen elődomborította. Különös érdekességet kölcsönzött a bemutatott esetnek az, hogy a 7½ kg-os hydronephrosis viselője nem bírt tudomással betegségéről. b) *Ritka nagyságú idegentest.* 32 cm hosszú vasvillaszárat mutat be, amelyet a beteg combjából távolítottak el. Meglepő volt az esetben, hogy a beteg nem bírt tudomással arról, hogy ekkora idegentestet visel magában. A két bemutatás között található analogia kapcsán szól arról, hogy egyes esetekben a betegeknek saját bajukkal szemben mutatott érdeklődésük milyen kiscokú. Ennek következtében a diagnosis felállításánál a bete-

geknek saját megfigyelése alapján szolgáltatott adatokat csak szigorú kritikával lehet hasznosítani.

3. Balogh K. (vendég): *A pécsi Egyetemi könyvtár XVI. századi orvostudományi könyvei*. Előadó ismertette a pécsi Egyetemi Könyvtár püspöki része keletkezésének történetét, kiemelve, hogy *Klimó* püspök azt a XVIII. század második felében egyetemi könyvtári céllal alapította. A könyvtár ennél fogva a theologiai, philosophiai, jogtudományi szakirodalmon kívül sok orvosi könyvet is tartalmaz. Utóbbiak közül a legrégebb az 1511-ben Lyonban kiadott és az ifjú *Mesue* műveit, *Petrus de Abano* Additióit és *Nicolaus Salernitanus* Antidotariumát tartalmazó könyv, *Hippokrates* és *Scalenus* Froben-féle kiadásainak ismertetése után néhány, a XVI. század könyvészetileg érdekes, vagy magyar vonatkozású orvosi művének: *Paulus Aeginaeta*, *Vitalis de Furno*, *Dodonaeus*, *Fernel*, *Bayro Péter* és más orvosok könyveinek bemutatása következett. Ezután az előadó még *Paracelsus* és *Van Helmot* elméleteit és műveit ismertette, majd az anatomia XVI. századbeli nagy fellendülésére mutatott rá. Ennek kapcsán bemutatta vetített képekkel *Vesalius* művének *Johannes van Calcar* által rajzolt, 1543-ból származó híres lametszeteit, a Plantinus-féle Vesalius-kiadást és *Eustachi* nagy anatómiai művét, megemlékezvén *Vesalius* és *Eustachi* korszakot jelentő munkásságáról. A felsorolt könyvek bemutatása által az előadó megvilágította a pécsi Egyetemi Könyvtár régi orvosi műveinek állagát, de egyúttal a XVI. század orvostudományi irodalmát is.

## II. sz. tud. ülés. 1929 március 4.

Kiss F. (mint vendég): *A plexus coeliacus és a plexus hypogastricus anatómiája és szövettana*. Anatómiai készítményeken demonstrálja a plexus coeliacus gyökereit, ezek lefutását, majd a váltakozó nagyságú és helyzetű ganglion-coeliacumokat. Ezután részletesen ismerteti és demonstrálja az ezen ganglionokból eredő és egymással többé-kevésbé összefüggő fonatokat: Plexus hepaticus, pl. renalis, pl. cardiacus et pl. pyloricus, pl. pancreaticus, pl. duodenalis, pl. lienalis és pl. diaphragmaticus. Demonstrálja továbbá a Luschka-féle gangl. phrenicumot és a fonat összefüggését a n. phrenicussal. Szövettani vizsgálatai kimutatták, hogy ezen fonat nagyrészt velőtlen és kisebb részben vékony velőhüvelyű (valószínűen érző) rostokból áll. Minthogy ezen fonat révén a n. phrenicus összeköttetésbe kerül a gangl. coeliacummal és az abból eredő összes fonatokkal, magyarázatát találjuk azon klinikai észleleteknek, hogy hasiúri folyamatok válltáji fájdalmat válthatnak ki. A n. phrenicusban szövettani úton is talált érző rostokat; a sympathicus rostoknak a vállfájdalom létrejöttében nincs szerepük. Részletesen ismerteti ezután a pl. coeliacuson, vagy ennek gyökerein végezhető helyi érzéstelenítések topographiáját és azok értelmezését. A pl. hypogastricusnak kétféle eredésű gyökerei vannak: a) a trunc. sympathicusból és b) a pl. sacralisból jövők. A *Mihalik Péterrel* együtt közölt vizsgálataik alapján szövettani metszeten elkülöníthetők a velőtlen (sympathicus), vékony velő-



hüvelyű (éző és parasymphicus) rostok, valamint a fonatokban gyéren előforduló vastag velőhüvelyű rostok, mely utóbbiak itt nem a hasonló képet adó akaratlagosmozgató, hanem valószínűen a *Kiss* és *Mihalik* által a hátsó gyökerekben leírt ismeretlen működésű rostokból származnak. A n. phrenicussal kapcsolatban megemlíti, hogy a harántesíktolt izom kettős beidegzésének (spinalis és sympathicus) feltételezésére nincs meg a morfológiai alap (amint azt *Boeke*, *Dusser de Barenne*, *Hunter* stb. felveszik). Ezen szerzők által velőtlennek (sympathicusnak) mondott rostok valójában vékonyvelőjűek (ézők). Megerősíti továbbá *Ranson* és mások azon leletét, hogy a n. vagusban a rekesz alatt főleg velőtlen rostok találhatók, kiegészítve azzal, hogy az ezek között szétszórtan futó, kb.  $\frac{1}{10}$  részt képező velős rostok csaknem kizárólag vékonyhüvelyűek (ézők vagy parasymphicusok).

**Scipiadés E.:** Kéri előadót, terjessze ki vizsgálatait az ú. n. spinalis communicatiókra is, mert ezáltal talán hasznosabb módszere lesz kidolgozható a hasüri érzéstelenítés azon szakaszának, mely a splanchnicus és parasacralis érzéstelenítés területei közé esik s melynek érzéstelenségét ma csak lejtős síkok alkalmazásával tudják elérni. Egyébként a splanchnicust hátulról érzésteleníti a retro-phrenicalis tasak irányában, ahol a pl. coeliacussal nem jut directe érintkezésbe. Ennek tudja be, hogy 300 esete kapusan egy st. thym. lymph.-os betegen kívül anaesthesiás halált nem látott. A medencebeli betegségekkel kapcsolatos vállfájást a nőorvos ismeri pl. retroflexiók kapcsán. A fájdalmat vezető idegösszeköttetéseket már évek óta ismerik és előadó vizsgálatainak nagy jelentőségét ezen összeköttetések szövettani vizsgálataiban látja.

**Kiss F.:** A plexus coeliacus és hypogastricus egyidejű helyi érzéstelenítése esetén a hasüregben még érzékeny köztér zóna oka a rr. communicantes lumbales útján a tr. sympathicusba és innen a radix mesenterii-be küldött éző rostokban van. A beteg felültetésekor az érzéstelenítő folyadék a retroperitonealis laza szövetben súlylyedvén, eléri ezen rr. communicantes lumbaleseket, ezért áll be később az érzéstelenség.

**Tóth Zs.:** Örömmel üdvözli előadót pécsi collegái nevében, ilyen sok újat mondó és értékes előadása alkalmából.

**Mansfeld G.:** A vegetatív idegrendszer finomabb anatómiai viszonyainak tisztázása igen nagy jelentőségű, ez már a kísérletes orvostudomány szempontjából is elsőrendű szükségesség. Legérdekesebbnek azt a megállapítást tartja, hogy a vagus a rekesz alatt főleg sympathicus rostokat tartalmaz. A gyomorbél kettős innervációja hasonló volna ahhoz, amit a vér ereinél látunk, ahol az antagonistikus constrictorok és dilatatorok — bár külön vezetékben haladnak — különböző mérgekkel befolyásolhatók, de ugyanabból az idegrendszerből (a sympathicusból) származnak. Ebben az irányban a kísérletes vizsgálatok revizióra szorulnak. Az a megállapítás azonban, hogy az izomzat független volna a sympathicus idegrendszerétől, mert a harántesíktolt izmokhoz menő idegek között nem találhatók sympathicus rostok, mereven ellenkezik úgy régi, mint újabb kísérletes meg-

állapításokkal, melyek kétségtelenül bizonyítják, hogy a sympathicus határköteg az izom chemismusára döntő hatást gyakorol. *Dusser de Barenne* és *Orbelli* vizsgálatai is az izmok sympathicus innervatiója mellett szólnak. Ezek a vizsgálatok még annak a lehetőségét is kizárják, hogy a symp. hatása indirect úton, az erek befolyásolása útján fejtené ki hatását az izom működésére. Lehet, hogy a symp. rostok nem a spinalis idegek mentén — talán kizárólag az erek falában — jutnak el az izomhoz, de kétségbe vonni azt, hogy a sympathicus idegek az izomrostokhoz jutnak, csak úgy lehet, ha kísérletes megállapítások egész tömegét figyelmen kívül hagyjuk.

**Pekár M.:** Körülbelül középen áll nézetével a pharmacologusok és anatómusok között. Azt határozottan mondhatja, hogy bizonyos antagonikus hatáson alapuló gyógyszeres kísérletekkel azt meganalyzálni, hogy valamelyik idegtörzs milyen rostokból tevődik össze, nem lehet. A hatásbeli antagonizmus a végkészüléken múlik. A végkészülékek közötti functionalis különbség nem árulja el, hogy a tengelyfonál honnan származik és melyik idegtörzsben halad. Másrészt kénytelen hangsúlyozni, hogy egyes idegtörzseknek izgatása vagy elvágása, az izgalmi vagy kiesési tüneteknek megállapítása, nem mindig árulja el, hogy valamelyik idegtörzsben a sok százezer rost között milyen különböző funkciójú rostok vannak elhelyezve s még kevésbé mutat arra felvilágosítást, hogy mi a különféle rostoknak a számaránya. Izgatáskor és kieséskor mindig a domináló tüneteket vesszük észre, a finomabb viszonyokat sokszor évtizedek múlva tudjuk meg. A *Bell—Magendie*-féle szabály, mikor megszületett (1811—1822), a durva izgatási és kiesési tünetek alapján az első gyökeret csak motorikusnak, a hátsót kizárólag érzőnek ismerte el: egyszerűen azért, mert ezek voltak a domináns tünetek. Száz év munkája kellett ahhoz, hogy lassan megállapítsuk, hogy az elülső gyökérben nyolcféle centrifugalis functio van, vizont a hátsó gyökérben a felületi érzésen kívül bennfoglalatik a mély-érzés, továbbá a szerveknek, hasi zsigereknek stb. érzései, amint azt klinice a hátsó gyökér megbetegedései világosan igazolták. A különböző módszerekkel nyert kísérleti adatok összeegyeztetése egymással és az idegrendszer anatómiai szerkezetével, egyike a legnehezebb feladatoknak és igen nagy körültekintést és óvatosságot igényel. *Kiss Ferenc*nek ezen célú szolgáló munkája igen nagyjelentőségű.

**Kiss F.:** Az állatkísérletek eredményeit az idegrendszerrel illetőleg igen nagy óvatossággal kell emberre átvinni, minthogy szövettani vizsgálatai többször meggyőzték, hogy az egyes állatok ugyanazon idege a velős és velőtlen rostok tekintetében igen nagy különbségeket mutat. Az izombeidegzést illetően utal *Mihalikkal* együtt közölt és már megjelent dolgozatára, mely szerint az izomba belépő idegekben csak kétféle rostot találunk: vastag- és vékonyvelőjűeket. A vastagok a motorikusak, a vékonyak az érzők. A kettős beidegzés hívei csak ezüst módszerekkel (contour-képekkel) dolgozván, nem láthaták a vékony velőhüvelyeket és azt gondolták, hogy a vékony rostok velőtlenek (sympathicusok), senki sem gondolván arra, hogy hol vannak az izom érző idegei. A velőtlen (sympathicus) rostok az erek mentén lépnek be

az izomba, amit a *Mansfeld* professor úr által felhozott kísérletek is igazolnak, mert a sympathicus izgatásra anyagcsere- és vérkeringésbeli változások történtek. Viszont sympathicus izgatással még senkinek sem sikerült izomösszehúzódnást vagy csak tonust is létrehozni. A *Hunter—Royle*-féle kettős beidegzésre épített és *Royle* által Amerikában embereken végrehajtott műtétek a legkülönbözőbb tünetekkel, de végeredményben eredménytelenül végződtek.

**Pekár M.:** Utólagosan még csak azt kívánja megjegyezni, hogy az izomba kétféle úton jutnak idegek: a mozgató idegek és az erek mentén. A budapesti élettani intézetben néhai *Klug* professor vezetése alatt csinált *Landauer—Ligeti* olyan kísérleteket, hogy békánál átvágta egyik esetben az elülső, másik esetben a hátsó gyökeret és a teljes degeneratio bevéváása után megállapította, hogy a motorikus tengelyfonalak mellett érző fonalak is vannak az izomban.

### III. sz. tud. ülés. 1929 március 18.

1. **Görög D.:** *Hyalinrögösödés az agyvelő apró ereiben CO-mérgezés kapcsán.* A világítógáz-mérgezés után 48 órán belül elhalt 14 éves fiú agyvelején a fehér állomány mindenütt sűrűn tele volt hintve pontszerű mákszemnyi vérvérzéssel. Ezen CO-enkephalitis az általános felfogás szerint az érfal megbetegedése folytán szokott bekövetkezni (zsírosodás, meszesedés, elhalás, stb), azonban rendszerint csupán a negyedik nap után fejlődik ki. Esetében az érfalak sértetlenek voltak, s az erek lumene sok helyen „hyalin“-röggel volt kitöltve. A hyalin-rög csak optikai viselkedése szerint tekinthető hyalinnak, módosult fibrinből áll és a kötőszöveti hyalinhoz semmiféle vonatkozásban sem áll. Bemutató szerint a CO-mérgezés elsődleges módon a vér vegyi összetételének megváltoztatásával, érfalelváltozás nélkül hozta létre a hyalin-rögösödést s ennek következtében a gyűrű-, illetőleg a csőalakú vérvérzéseket. Ez az eddig ismeretlen körülmény magyarázza meg az elváltozások szokatlan gyors kifejlődését is.

2. **Mattusehek B.:** *Felkarsonttörések extenziós kezelése.* A conservatív csonttörés kezelésénél az extenziós módszer a legjobb. Az állandó húzás megakadályozza az izomzat contracturáját. Ugyancsak megakadályozza a kötőszövetnek, a fasciáknak, izomközi pólyáknak és ináknak heges zsugorodását. A merev rögzítő kötések alatt a végtag keringési viszonyai zavartak, inaktivitási atrophia fejlődik ki az ízületek merevségével. Az extenziós kezelésnél az állandó húzás csökkenti a tokszalag zsugorodásának lehetőségét, a végtagok kisebb mozgását is megengedi, az izomzat működése nem szenved, az utókezelés ideje megrövidül. Fontos, hogy semiflexiós helyzetben extendáljunk, mikor a végtag összes izmainak feszülése egyensúlyban van és a dislocatiót okozó izomcsoportok ellazulását is elérjük. A humerus felső epiphysiseinek töréseinél legjobb fekvő helyzetben a *Bardehaner*-, vagy *Zuppinger*-féle extenziót alkalmazni. A klinikán ambulans kezelésnél felső epiphysis és diaphy-

sis töréseknél saját szerkesztésű abductió sinen exten-  
dálnak. Másfél év alatt 53 felkartörést kezeltek, ebből  
19-et extensióval. (Röntgen-képek demonstratiója.) Ha  
eredményeit a többi esetben alkalmazott gypskötésekkel,  
nevezetesen spiralis sínnel, vagy triangulumos rögzíté-  
sekkel összehasonlítja, akkor a következőket állapítja meg:  
ha sikerül is a törvégek pontos repositiója, a retentio  
nem mindig tökéletes. A 4-5 hétig tartó rögzítés után  
a medico-mechanikus eljárás sokszor 6-8 hétig tart, míg  
megfelelő functióképeséget érünk el. Az extensio keze-  
léssel a törvégek helyes állása és ezzel az anatómiai gyó-  
gyulás lehetősége mindenkor elérhető, az ízületek me-  
revsége nem következik be, megmarad az izomzat mű-  
ködőképessége és ezáltal az utókezelés ideje legalább a fe-  
lére csökken.

**3. Imre J.:** *A szemhéj és arc epithelioma sugaras  
kezelésének sebészi következményei.* A sugárterápiát  
ezekben az esetekben sem bizonyosabb eredményűnek,  
sem veszélytelenebbnek nem tartja, mint a műtétet. Azok  
a tökéletlenségek, melyek az eredményeket bizonytalanná  
teszik, nem az adagolásban keresendők s nem szüntet-  
hetők meg a technika fejlesztésével. Mindig marad  
egy ismeretlen factor, mellyel előre nem tud számolni a  
radiologus: ez a beteg, illetőleg az általa produkált tumor  
individualis tulajdonsága. Az ismételten besugárzott bőr  
olyan sajátságokat mutat, melyek igen kellemetlen hely-  
zet elé állítják az operateur-t. A besugárzott bőr sebgyó-  
gyulása kifejezetten rosszabb, mint a normalis bőré. A  
sarjadzási hajlandóság néha csaknem egészen hiányzik,  
a sebszélek egyes eseteikben 10-12 nap alatt sem egyesül-  
tek. Ezek alapján a kisebb daganatokat operative kell  
eltávolítanunk és a besugárzást csak mint a műtét után  
alkalmazható tökéletlen kiirtás gyanúja esetén feltétle-  
nül alkalmazandó eljárást vesszük igénybe. Előadását  
vetített képekkel kíséri, melyen a különböző mértékben  
besugárzott s később operált eseteken észlelt gyógyulás-  
beli rendellenességeket demonstrálja.

**Rhorer I.:** Míg a carcinomák egyéb fajainál a  
szerzők túlnyomó többsége az operálható esetekben a  
műtétet tartja elsősorban javaltnak, addig bőrrákoknál  
a vélemények megoszlanak és igen sokan a sugaras-ke-  
zelést alkalmazzák az operálható esetekben is, ha csak  
azt egyéb körülmények nem contraindikálják. Az elő-  
adó által említett esetekben több ilyen, a sugaras-kezelés  
ellen szóló momentum szerepel. 1. A szem, elsősorban a  
cornea nem védhető jól a bőrrákoknál alkalmazott ma-  
gas sugáradagokkal szemben, a védő prothesisek a belő-  
lük kiinduló secundaer sugárzás révén, főleg a széleken  
ártalmasak lehetnek. 2. Ugyancsak secundaer sugárzással  
nehézén számbavehető hatása szerepel a levegőtartalmú  
üregek, p. o. a belső szemzagnak besugárzásánál. 3. A  
sugaras-kezelés gyakran eredménytelen a porcogók, ez  
esetben a pillaporc szomszédságában ülő és arra is ki-  
terjedő carcinomáknál. Mindezek alapján szívesen csatl-  
lakozik, mint radiologus is ahhoz a nézethez, hogy a szem  
közelében ülő carcinomák, ha ez lehetséges, elsősorban  
műtét útján távolíttassanak el, különösen, ha a műtő  
olyan mestere a plastikának, mint Imre prof.

**Beck S.:** Bár teljesen hozzájárul az előadó conclusióihoz, nem akarná, hogy a Röntgen-kezelés árnyoldalainak hangsúlyozásával háttérbe szoruljon a sokszor kiváló teljesítmények elismerése. A műtétek utáni rossz gyógyulás nem mindig irrandó az előző Röntgen-kezelés rovására, hanem tekintetbe kell venni, hogy sokszor már aránylag fiatal, de még inkább idősebb korban a bőr kötőszöveti elemei olyan súlyos senilis elváltozásokat szenvednek, amelyek éppen az arcon a legkifejezettebbek s a bőr egyes területein reagálásra teljesen képtelenek. Igazi localis recidivák a jól sikerült röntgenezés után sem gyakoribbak, mint műtétek után, ha a besugárzást megfelelő radiosensibilis esetekre — felületen, nem infiltrálható basalsejtű rákokra — korlátozzuk. Ezek alkotják különben az arcrákok túlnyomó többségét (az ajakrákokat leszámítva). Ami recidivának látszik, igen sokszor multiplicitás. Végül említi hozzászóló, hogy kombinált kezeléseknél, amikor valamely sebészi beavatkozás után röntgenezünk, a gyógyulás és síma hegeképződés nem zavartatik, legfeljebb kissé elhúzódik. A jó eredmény mindig a megfelelő esetek kiválasztásán és a megfelelő technikán múlik.

**Mansfeld G.:** Felhívja a figyelmet egy húsz évvel régebben tett és feledésbe ment felfedezésre, mely az egész sugaras-kezelés előfutárjaként tekinthető. *Tappeiner* és *Jódlbauer* azt tapasztalták, hogy ha a bőr rákos daganatait, epitheliomákat, ulcus rodent, fluoreskáló oldatokkal esetetelve napfény, vagy ívlámpa hatásának tették ki, nagyfokú javulást, sőt gyógyulást értek el. Ezek az eredmények annak idején mély benyomást keltek, de visszhangjuk nem igen lett, mert röviddel utána ismerték fel a Röntgen-, majd a radium-sugarak therapiás hatását, másfelől a felfedező maga sem a klinikai jelentőségre fektette a fősúlyt, hanem a fluoreskáló anyagok hatásmódjára, melyről ki is derítette, hogy jelenlétükben az oxygent activálják és az így keletkező ozon a kisebb ellenállású tumorsejteket elroncsolja, míg az ellenállóbb, egészséges szövetet nem bántja. Végeredményben ezek is úgy hatnak, mint a Röntgen- és radium-sugarak. Most, amidőn azt hallottuk, hogy a Röntgen- és radium-kezelés a szemhez közel eső tumoroknál súlyos elváltozásokat okozhat a szemben, talán nem haszontalan a régi tapasztalatra irányítani a figyelmet, mely eljárás ma, amidőn a quarzlámpa is rendelkezésünkre áll talán még hatásosabbá tehető, ha ezzel helyettesíthetnők a napsugarat, vagy az ívlámpát.

**Imre J.:** *Beck* hozzászólásával kapcsolatban kiemeli, hogy a hozzászóló által említett és műtéti eljárással egyenlő percentben gyógyult sugárzott esetek az ú. n. Röntgen-érzékeny daganatokra vonatkoznak, vagyis nem számolnak éppen a besugárzásra nem reagáló daganatokkal. Az operált daganatok gyógyulási százaléka feltétlenül sokkal nagyobb ezekben a különben jóindulatú rák esetekben, mint akár a röntgen, akár a radium segítségével kezeltekben.

## IV. sz. tud. ülés. 1929 április 8.

1. **Erős G.:** *Agyalapi aneurysmák.* 34 éves asszony, kinek egészséges gyermekei vannak, sem lucse, sem abortusa nem volt, megelőző beteges tünetek nélkül teljes jólét közepette hirtelen összeesett s néhány perc múlva meghalt. Boncolás alkalmával az agyalapon mindkét oldalon a carotis internák oszlási helyén, egészen symmetriásan egy-egy babnyi, illetve borsónyi aneurysmát talált, ezek közül a jobboldali babnyi aneurysma megrepedt és az innen kiinduló vérzés agyományást, majd a nyúlt-agyvelő összenyomásával fulladásos halált idézett elő. Feltűnő az esetben úgy makroszkóposan, mint mikroszkóposan az agy ereinek nagyfokú hypoplasiája. A hypoplasia az érfalak vékonyságában, a rugalmas és izomelemek hiányos fejlettségében nyilvánul meg. Az aneurysmák falában súlyos zsíros degeneratio mutatható ki. Zsíros degeneratiót a szervezet egyéb ereiben, a nagy nyaki erekben és az aorta falában is talált. Ezen, az agyalapon symmetrikusan fellépett aneurysmák keletkezését az erek fejlődési rendellenességén alapuló hypoplasiájával, veleszületett gyengeségével magyarázza, az erek kiterjedt zsíros elfajulását pedig másodlagos, juvenalis arteriosklerosisos jelenségnek tartja, amire a praedispositiót éppen az erek veleszületett hypoplasiája szolgálta. Erre vonatkozólag utal *Binswanger*, *Mönckeberg* és *Lubarsch* vizsgálataira. Az ér hypoplasia következtében létrejött aneurysma megrepedését ez esetben az elzsírosodás idézte elő. A lueses aetiologia a jelen esetben határozottan kizárható, nemesak az anamnesis és a boncolás adatai alapján, hanem azért is, mert az erek elváltozásai egyáltalán nem felelnek meg szövettanilag sem lueses érelváltozásoknak.

**Entz B.:** Figyelmeztet arra, hogy az erek fiatalkori elzsírosodása gyakori oka az érrepedésnek. 1903-ban 29 éves nő boncolásakor a felhágó aorta haránt repedését észlelte, amely hirtelen halált okozott. Ebben az esetben is az intima elzsírosodása hozta létre az ér szakadékonyságát. A degeneratív elváltozások lueses eredet ellen szólnak. A degenerációk sok esetben hypoplasiás ereken következnek be, mint a bemutatott esetben is.

2. **Czike A.:** *Az epefestékképződés in vitro.* Ha az emberi vért vétele után közvetlenül 20—24 órára thermostatba állítjuk, annak epefestéktartalma tetemesen megsaporodik, még pedig a kiindulási értéknek 20—100%-ával. 120 esetben figyelte meg in vitro az epefesték képződését és az esetek 70%-ában bekövetkezett. A klinika vegyes beteganyagától vett vérben végezte meghatározásait. Az in vitro epefestékemelkedés nem valamely kórképre, vagy betegségesoporra korlátozott jelenség és ugyanazon betegségesoportban sem állandó. Kutatta az okát az epefestékemelkedésnek. Izolált fehérvérsejtek epefestéket nem képeznek. Leukopeniás egyénektől vett vérben az epefestékemelkedés nem csökkent. Az epefestéktöbblet, mely állás után létrejön, nincs az alakelemek felületéhez tapadva, mivel mosott vértestekkel is létrejön az emelkedés. Hogy a plasmában van a képző anyag, bizonyítja az, hogy a plasmával át lehet vinni oly egyének vérszűrtjeire, kiknél különben epefestékemelkedés in vitro nem következett be. Mivel meghatározásai minden egyes

esetben az összes epefestékmennyiséget adják, a többlet nem adódhatik az ú. n. fehérjékhez adsorbeált epefesték leválásából. Chemiai fermentumgátló anyagok hozzáadására hidegen, vagy inactiválás után nem következik be az epefestékemelkedés, míg a kontrollkísérletekben tetemes. Ebből következteti, hogy in vitro az epefestékemelkedés valószínűleg fermenthatáson alapszik. A szervezetben is elképzelhető az epefestékképzés hasonló mechanizmusa, a keringő vérben is képződhetik bilirubin.

3. **Wirth K.** bemutatja a cardiazol tudományos filmet.

### I. sz rendkívüli ülés. 1929 április 11.

**Ángyán J.:** A pécsi Egyetem nevében üdvözlí *Schroeder* professort és különösen örül annak, hogy mint a német gynaekologia egyik kiválósága eljött Pécsre, hogy irányítást adjon egy olyan kérdésben, amely minden szakmát érdekel s amely kérdésnek éppen *Schroeder* professor a legkiválóbb ismerője.

**Schroeder R.:** *A genitalis folyásról.* A fluor-érzés a vulvában támad. A beteg érzékenységétől függően néha már a normalis mennyiségű váladék is keltheti a folyás érzését, máskor pedig bő váladéktermelődés esetén sem panaszkodik a beteg folyásról. Ha a folyás természetét objective akarjuk megállapítani, a beteg fehérneműjén támadt foltokon kívül meg kell tekintenünk a vulva környékét s meg kell keresnünk a váladéktermelődés forrását. Ebből a célból meg kell vizsgálnunk a nyálkahártyával borított genitalis csatorna különböző szakaszait. A tuba a fluorképződés szempontjából practikusan nem jön számításba. Normalis körülmények között a corpus nyálkahártyája sem termel olyan váladékot, mely a felszínre jutva a fluorképzésben résztvehetne, mert a fundusmirigyek terméke a pete táplálására van hivatva s az a menstrualis váladékkal együtt csak olyankor ürül ki, ha a pete megtermékenyítése elmarad. Ha azonban a nyálkahártyában gyulladás támad, akkor ezen gyulladásnak a termékei résztvehetnek a folyás képződésében, bár különösen az első időben, ilyenkor is inkább vérzésre, mint váladékképzésre hajlamos a nyálkahártya. A genitalis folyás classikus forrása a cervix, melynek mirigyei már normalis körülmények között is több-kevesebb, a felszínre jutó, lúgos kémhatású váladékot termelnek, melynek mennyisége részben ideges, részben anatomiai, továbbá fertőzőes tényezőktől függ. Nehezebb a hüvelynek a szerepét a váladékképzés szempontjából elbírálni. Valószínű, hogy a hüvelyben termelődő fehéres, erősen savanyú kémhatású váladék, mely hüvelyi baktériumokat és hámsejteket tartalmaz nagymennyiségben, a hüvelynyálkahártyának fokozott lehámlása útján jön létre, amiből az is következik, hogy a hüvelyből származó folyás nem mindig fedi a pathologiás váladék fogalmát, hanem az lehet a normalis hüvelyváladéknak fokozott mértékben való termelődése is. Végül hozzájárulhat a vulván létrejövő nedvességérzés keltéséhez a vulvatájon nyíló mirigyek váladéka is. A hüvelyváladék részletes vizsgálata kapcsán előadó és munkatársai ki tudták mutatni azt, hogy annak reactiója a hüvely különböző szakaszaiban

változik és pedig úgy, hogy legsavanyúbb az alsó harmadban s az aciditás a portio felé fokozatosan esökken és pedig annál inkább, minél nagyobb mennyiségű cervixváladék keveredik hozzá. Összefüggést találtak a reactio és a bakteriumflóra összetétele között is, amennyiben tiszta vaginalis bacillusokból álló flóra mellett találták a legsavanyúbb értékeket s minél vegyesebb volt a hüvelyi flóra, különösen, ha egyben geny is keveredett a hüvelyváladékhoz, annál inkább esökkentek a savértékek. A hüvelyváladék savanyú voltát előidéző anyag az erjedéses tejsav, mely részben szabadon, részben kötött állapotban fordul a váladékban elő. Emellett, igen kis mennyiségben, még phosphorsav is mutatható ki. A savtermelés szempontjából a fehérjének, úgy látszik, jelentősebb szerepe nincs. Mindezek szerint a hüvelyfalban és a lehámló hüvelyhámiban található glikogen a savtermelés forrása egy a hámsejtek tönkremenetele közben felszabaduló diastatikus ferment közbejöttével, míg a hüvelyi bakteriumoknak a glikogen ezen lebontásában szerepet nem lehet tulajdonítani, mert azok csak cukorból képesek savat fejleszteni s azért csak a lebontásnak ezen utolsó phasisában vehetnek részt. Ezt bizonyítják azok a bakteriologiai vizsgálatok is, melyeket ugyancsak előadó és munkatársai végeztek s amelyeknek kapcsán kiderült, hogy azok a táptalajok, melyek csupán glikogent tartalmaznak s cukrot nem, a bacillus vaginalis tenyésztésére alkalmatlanok. Ugyanezen bakteriologiai vizsgálatok kimutatták, hogy a bacillus vaginalis a környezet összetételétől és főként reactiójától függően rendkívül nagy variabilitással bír s hogy határozott antagonismus mutatható ki közte és más, a hüvelyben előforduló bakteriumok között, melyek közül a bacillus acidophiluson kívül a legnagyobb savtermelő képességgel és savállósággal bír. Előadó végül azokat az okokat, melyek genitális folyáshoz vezethetnek, a következő csoportokra osztja be:

1. psychogen fluor. Ezt azonban csak olyan esetben szabad felvennünk, amikor az objectiv vizsgálatnál a genitáliákat teljesen egészségeseknek találjuk.
2. Vestibularis fluor. Ez létrejöhet ideges alapon a vulvamirigyek hypersecretiója folytán, gyulladások, daganatok következtében, továbbá secundaer módon, felülről való odafolyás révén.
3. Vaginalis fluor, melynek oka lehet primaer vaginitis, amely constitutionalis alapon, vagy valamely chemiai, vagy mechanikus károsodás következtében jöhet létre. Továbbá lehet az oka daganat, nemkülönben az úgynevezett desquamatiós catarrhus, mely nem egyéb, mint a normalis nyálkahártyahámlás fokozódása. Létrejöhet végül másodlagosan, felülről való odafolyás révén.
4. Cervicalis fluor. Okozhatják bakteriumok, mechanikus tényezők, amilyenek a cervicalis esatorna tág volta, vagy ectropiuma. Lehet az oka erosio, daganat s végül ideges befolyás, például vagotonia.
5. Corporealis fluor. Ennek oka lehet a nyálkahártya genyes gyulladása és az ebből fejlődő pyometra, továbbá daganat. A genitális fluor kezelésében a főszempont, ahol lehet, az oknak a megszüntetése. Vestibularis fluornál a legfontosabb a tisztán és szárazon tartás, hypersecretio esetében esetleg atropinadagolás. A vaginalis kezelés célja a normalis bakteriumflóra visszaállítása. Ezért mindenek előtt megszüntetendő



a gyulladás, mely célra előadó különösen a jódtineturával való kezelést ajánlja. Célszerű továbbá valami olyan anyagot a hüvelybe bevinni, amelyből sav képződhetik, amilyen például a szőlőcukor, vagy a normolaetol. Cervicalis folyás esetében előadó legfeljebb hypersecretio esetén adagol atropint, egyébként azonban semmiféle méhüri kezelést nem alkalmaz.

**Scipiades E.:** A genitalis fluor aetiologiájáról, létrejöttének módjáról, azonos makroszkópos lelet mellett a váladék különböző voltának, továbbá különböző makroszkópos lelet mellett található azonos bakteriumflóra értelmezése felől, a legújabb időkig keveset tudunk. Ez volt az oka annak is, hogy a genitalis folyás therapiájával szemben is majdnem tehetetlenül állottunk. *Schroeder* professornak és munkatársainak elmulthatatlan érdeme, hogy ők ennek a kérdésnek megfogható tudományos alapot adtak azáltal, hogy a corpusból, cervixből és a vaginából physiologiás és pathologiás körülmények között fellépő folyás H-ionconcentrációs viszonyait, továbbá ugyanazon vaginalis flóra változásait különböző környezetben megállapították és kimutatták, hogy a hüvely a hüvelyi florát savtermelés útján igyekszik szabályozni. Természetesen sok részletkérdés, mint például a transsudatióának a váladéktermelésben való szerepe, továbbá a folyás különböző alapokai, még vita tárgyát képezik. Ezek felől a kérdések felől vitatkozni azonban most nem időszerű, mert ez csak egyenértékű tudományos eredmények alapján volna lehetséges. Ez a vita azonban felesleges is ez alkalommal. A fő dolog ugyanis az, hogy *Schroeder* professor és munkatársai vizsgálataikkal egy olyan próbát adtak a kezünkbe, amellyel a folyásnak és a bakteriumflórának különböző értelmezését és kezelésünk ellenőrzését keresztülvihetjük. Ezzel ugyanis ők felbecsülhetetlen haladást vezettek be ebbe a kérdésbe. És még egy fontos dolog van itt, az ugyanis, hogy *Schroeder* professor fáradságot vesz magának, hogy ezeket a vizsgálati eredményeket nemcsak a nőorvosoknak, hanem egy olyan társaságnak is előadja, ahol azokat különböző szakemberek, bakteriologusok, pathologusok, physiologiai chemiával foglalkozók tudomásul vehetik. Bizonyos ugyanis, hogy ezáltal ezek a szakemberek nagy ösztönzést nyernek, hogy ezt a fontos kérdést különböző szempontokból feldolgozzák és ezáltal ezen betegség kezelésén javítsanak. Azt hiszem tehát, hogy társaságunk tisztelt tagjai teljesen egyetértenek velem, amidőn azt mondom, hogy rendkívül hálásak vagyunk, hogy ezt a gondolatokban gazdag előadást itt Pécsen is hallhattuk.

## V. sz. tud. ülés. 1929 április 22.

1. **Bokrétás A.:** *Enkephalitis epidemica ritka esete.* 20 éves gépkocsivezetőt mutat be, kinél enkephalitis epidemica kapcsán incomplet quadrans hemianopsia fejlődött ki. Ily kis kiterjedésű kiesést a betegséggel kapcsolatban még nem írtak le. Kísérő tünetek (reflex differentia) alapján a gócot a thalamusba helyezi. A kiesés kiesénységét egyrészt a góc kiesénységével, másrészt a folyamat gyógyulásával magyarázza.

**Albrich K.:** Hangsúlyozza, hogy a látópálya zavara igen ritka, bár látásromlás általában az alkalmazkodási bénulás kapcsán gyakrabban észlelhető. Sokkal fontosabbak a mozgási zavarok, amelyek három csoportba osztályozhatók: 1. egyes szemizmok paresise, 2. tekintési bénulás és paretikus nystagmus, főleg függélyes irányban, ami egyébként igen ritka neurológiai szemtünet, 3. a szemmozgások myastheniás jellege. Ezen tünetek rövid jellemzés után rámutat arra, hogy az enkephalitis epidemica szemészeti szempontból más tekintetben is a legérdekesebb idegbajokhoz tartozik (ptosis, pupillazavarok kérdése stb.).

**Rötth A.:** A betegnek kétszemű látóteréből hiányzó keskeny csík a horizontális sík alatt aránylag kis kiesést jelent, mégis a legfontosabb terület a hivatása (gépkocsivezető) szempontjából, mert ezzel veszi észre az oldalról fenyegető veszélyt. A Szemorvostársaság most foglalkozik a gépkocsivezetők látásának kérdésével. Nem valószínű, hogy a bemutatott egyén hivatását folytathatja.

**2. Kovács E.: Heveny leukaemiák.** Két heveny leukaemia- esetet ismertet. Az első eset négyéves fiú, akinek aphtaszerű gingiva fekélyéből néhány nap alatt arc-noma fejlődött ki. A gyermek betegségének 14-ik napján sepsises tünetek között meghalt. A klinikai vérképben a halált megelőzőleg 3 nappal 70.000 fehérvérsejt volt, kevés számú éretlen elemmel (1% myeloblast és 4% myelocyta). A boncolás alkalmával általános sepsis volt kimutatható. A szövettani vizsgálatkor a csontvelőben acut myelosisra jellemző elváltozásokat, nagy sejt-bőséget, főként myelocytákat és myeloblastokat találtunk, mintegy 4% eosinophil-sejttel. A többi szervekben csak kisebb myeloid infiltratumok voltak. A hulla vérenek rostonya-alvadékát szövettanilag megvizsgálva, kiderült, hogy a fehérvérsejtek mintegy 80%-a Rieder-myeloblast, melyek oxydase negativek. A vérkép ezen súlyos elváltozásának 2—3 nap alatt kellett bekövetkeznie. (Nem agonalis elváltozás.) A második eset acut lymphoid leukaemia. 32 éves nő mintegy hétig tartó gyengeséggel és hőemelkedéssel járó prodromák után két fogat húzatott. Az extractio után az állcsontban és a foghúsban genyes eves folyamat indult meg, mely sepsises tünetekbe ment át. A klinikai vérképben 150.000 fehérvérsejtje volt, melyeknek 90%-a lymphocyta. Exitus 25 nappal az első tünetek után. A boncolás alkalmával pyaemiát talált, genyes tüdőáttételekkel. Szövettanilag a csontvelőben összefolyó nagy lymphoid góccok foglaltak el minden helyet. A lépben és nyirokcsomókban alig voltak lymphadenosisra jellemző elváltozások. Kétségtelen, hogy ebben az esetben a lymphoemia a csontvelőből indult ki. Mindkét esetben a sepsist okozó fertőzés bemeneti kapuja csekély volt, nem állott arányban a fertőzés súlyosságával, ezért a fertőzés generalizálódásának feltételeit a szervezetben kell keresni. Heveny leukaemiában a reticuloendothelialis rendszer csontvelőre eső részének hirtelen beállott súlyos károsodását találjuk, emiatt a szervezet immunanyag-termelése erősen csökken, ehhez járul még a mikroorganizmus pusztulása is. A

heveny leukaemia *Strenberg* szerint fertőző megbetegedés, melyet a sepsist okozó strepto- és a staphylococcusok idéznek elő. Nagyon valószínű, hogy a leukaemia fertőzéses megbetegedés, a fertőzés azonban nem azonos a sepsist keltő mikrobákkal, melyek csak másodlagosan csatlakoznak a fennálló acut leukaemiához.

**3. Burg F.:** *A rendellenes méhlepényekről.* Előadó esetei kapcsán rámutat arra a körülményre, hogy a szokatlan alakú méhlepénynek sokszor kimutathatóan a méhnyálkahártya előrement gyulladásainak és a petének a méhür kedvezőtlen helyén való megtapadásának a következményei. A nyálkahártya megbetegedéseire utalnak az ily lepények mellett lefolyó szülések placentaris vagy postplacentaris szakában fellépő atoniás méhvérzések.

**György Á.:** Bemutat egy ma délelőtt lezajlott szülésből származó, a rendestől eltérő és főleg rendellenesen levált méhlepényt. Sürgősen elhivatott 37 éves III. p.-hoz. A súlyos acut anaemia tüneteit szenvedő szülőnőnek egy órával ezelőtt született meg az érett, ép fiúgyermek. Pulsusa 120—128 körül, könnyen elnyomható. A lepény a szülésznő eddig alkalmazott massageja ellenére sem vált le. A lepény egyik polusa a hüvelybemenetben láthatóvá válik, a méhlepény nagy tömege a még gömbölyűnek tapintható bal méhfélben tételezhető fel. A Credé forcirozni az előrementek miatt nem látszott ajánlatosnak, hogy a még tapadó lepényrész ne zúzassék. Egy  $\text{cm}^3$  glanduitrin intramuscularis injectiója után készülődés a leválasztáshoz. Körülbelül 10 pernyi mosakodás után préselni látja a szülőnőt, ekkor a méh bal sarkának enyhe nyomására a lepény lassan megszületik, épen, ép burokkal, méhi felszínnel. A lepény görög omega-formájú, két nagy karéjból áll, amelyek egymással, a köldök tapadása helyén alig 5—6 cm-nyi állománnyal függenek össze. Haematoma kifejlődésére a lepény közepének kis tömege miatt nem került sor, hanem először levált a nagyobb felszínű jobb karéj és ekkor indult meg a vérzés, mely a levált lepényrész mellett kifolyt. Csak a glanduitrin által létrejött intenzív méhcontractio választotta le a kisebbik, bal karéjt. Ezután került a sor az anamnesisre: kiderült, hogy a betegnek 4 év előtt nagy vérzések miatt ökölnyi polypust esavartak le a női klinikán a méhéből. Vagyis az előadó úr által a maga eseteiben is említett előre menő méh megbetegedés jelen esetben sem hiányzott. Egy akármilyen okból megzavart lepényi időszak felborítja a még legszerencsésebb szülést is és drámai jelentekre ad okot ott, ahol a szülő és környezete a magzat megszületésével kínlódástól és aggodalmaktól megszabadultak.

## VI. sz. tud. ülés. 1929 május 6.

**1. Szalay J.—Beöthy K.:** *Kétoldali mellékvesehiány járulékos mellékvesével.* Az irodalomban összes eddig ismertetett mellékvese fejlődési rendellenességek között kellőleg igazolt kétoldali mellékvesehiány nem található. Míg ezen összes ismertetett esetek valamilyen más szerv, főleg a központi idegrendszer fejlődési zavarával,

tehát nem önálló kórkép formájában fordultak elő, addig szerzők megfigyelték egy 62 óráig élő újszülöttet, kinél a mindkét oldali mellékvese hiánya mellett csupán egy, az ébrényi fejlődés kezdetleges szakának megfelelő, járulékos mellékvesét találtak dystopiásan, minden más fejlődési rendellenesség nélkül. A halált megelőző tünetek kifejezetten a sympathicus idegrendszer lecsökkent működését mutatták: hányás, hasmenés, az asthmás rohamokhoz hasonló görcsös dyspnoeék, testhőszüllyedés (végbélben  $35.5\text{ C}^\circ$ ), szív működéscsökkenés stb. A fejlődési rendellenesség oka után kutatva, a szülők vérrokonságára lehet gondolni (első unokatestvérek) annál is inkább, mert immár negyedik magzatuk halt el röviddel a születés után, ugyanazon tünetek között.

**2. Scipiades E.:** *A nőgyógyászati vonatkozású belső-elválasztástan fejlődéstörténete és újabb megállapításai.* Az ide vonatkozó kutatások első etappejából az látszott leszűrődni, hogy a petefészekben, a petén kívül, két hormontermelő telep van. Egyikük a pete kiszabadulása után a tüszőben maradt, ott burjánzó és luteinizáló, granulosa sejtekből képződő sárga test. Másikuk pedig a theca interna tüszőnkívüli s a felrepedés nélkül tönkremenő tüszők falában burjánzó és luteinizáló epitheloid sejtekből képződő interstitialis mirigy. A tapasztalások egyben arra mutattak, hogy a petefészekben a petén kívül két belső elválasztásos hatóanyag van. Az egyik a havibaj tartamát és mennyiségét korlátozza, általában vérzésgátló, tisztán a sárga test lipidjaiból destillálható és olajban oldódó (sistomensin, luteolipoid). A másik a nemi szervekhez való vérodaáramlásra serkentő, a nemi szervekre növesztő, a vérzést elősegítő s esetleg az interstitialis mirigyét is tartalmazó egész ovariumból vízzel vonható ki (agomensin). Mi sem látszott tehát világosabbnak, minthogy a petefészeknek fokozott s állítólag gyakoribb, tartósabb és erősebb méhvérzésekben megnyilatkozó működése esetén a sistomensint, a petefészeknek csökkent s állítólag raro-, oligo- és amenorrhoeákban, továbbá hypoplasiákban megnyilatkozó működése esetén pedig az agomensint adjuk. S ez az eligazodás a therapiában annál könnyebbnek látszott, mert a kísérletek arra utaltak, hogy mindazon alkalommal, amikor más szervekből jövő endokrin hatásokra a szövetközi mirigy felfokozott működése van jelen, ugyanakkor a tüszőrendszernek lefokozott a működése és megfordítva. Ebből ugyanis egyrészt az endokrin rendszer antagonistikus működést lehetett tisztán látni, másrészt az ellene beállítandó therapiás petefészekkészítményeket lehetett világosan megválasztani. A kutatások második etappejában tagadásba vétetett a belső elválasztást végzőnek feltételezett egyik petefészektelepnek, az interstitialis mirigynek, ilyen irányú jelentősége. Megingott továbbá a hit abban, hogy a petefészek kétféle vérzésgátló és fokozó hormont tartalmazna. Inkább az a felfogás lépett viszont előtérbe, hogy a két hatás csak a kivonatok előállítására, vagy leépítése módjának következménye. Begyökeredett a kétség aziránt is, hogy a petefészekkivonatok hatása egyáltalában hormonhatás-e, mert velük mindössze csak 37%-ban tudtak

rövidebb-hosszabb ideig tartó eredményeket elérni. Ezért inkább az a felfogás alakult ki, hogy a hatás inkább a kivonatokban jelenlevő proteínogen-, aminek plazma-aktiváló tevékenysége. Lecsökkent ezen etappeban a kezdeti lelkesedés a petefészek át- és beültetésével szemben is. Mert igaz ugyan, hogy az autoplastikusok kb. 89%-ban mutattak eredményt, de az nagyon rövid életű volt, kivált ha egy ovarium a helyén is maradt. A homoio-plastikusoknál meg éppen csak 47% volt az eredmény s ez is rövid életű, ezenfelül pedig az ojtvány megszerzése is körülményes volt. A hypergenitalismusoknak és a hyperovarismusoknak feltételezett állapotok terapiája végül igen kicsiny ható erejűnek, vagy éppen egészen ingatag alapon állónak bizonyult. A harmadik etappebeli kutatásokban végül csak az elmélet mutat fel szép eredményeket. Ez pedig abban az irányban látszik kísérleti úton tisztázni a fogalmakat, hogy a nemi differenciálódás már a fogantatás pillanatában zygotás-chromosomalisan alapon döntetik el, tehát sokkal előbb, semmint az ivarmirigy kifejlődik. Ezért tehát az ivarmirigy is csak másodlagos, ha mindjárt az egyetlen lényeges, nemi sajátosság is. Ez a női ivarmirigy pedig úgy látszik egyetlen hormont tartalmaz, mely a nyálkahártya cyeclikus praegravid készülődését intézi, és pedig a fajszaaporodás érdekében. Föléje ennek a szervnek csak egyetlen vérmirigy, nevezetesen a hypophysis mellső lebenye van rendelve, mely az egyetlen generatív fermentet termeli (prolan), mely azonban hatásait a nemi szervekre egyedül a petefészken keresztül gyakorolja. A terapiát ellenben a harmadik etappebeli kutatások alig-alig vitték egy lépéssel is előbbre, ami bizonyára eredménye annak, hogy a belsősecretiós tan, mióta annak a constitutióval, az anyagcserével, meg az idegrendszerrel való vonatkozásait jobban megismertük, régi, világosnak látszó schemájából egy rendkívül bonyolult ismeretcomplexummá alakult át, melyben az egész szervezetet érintő eredményes eszelekvés érdekében való világosabb látás igen nehéz lett. Annyira nehéz, hogy az ma már csak az általános gyakorlatot űző, tehát az egész szervezettel foglalkozó, meg a szigorúan belsősecretiós specialista működést kifejtő szakorvos közös munkájának lehet csak, annyira amennyire, fenntartva.

## VII. sz. tud. ülés. 1929 május 27.

1. **Hönig L.:** *Rendes havivérzések Chrobak-műtét után.* Egy, az 1928 május havában typosos Chrobak-műtéttel myoma miatt operált betegéről számol be, aki-nél annak ellenére máig is rendszeren jelentkezik a havibaj, hogy nem kímélték meg a méhnyálkahártyájából annyi területet, amennyit arra *Zweifel* előír, sem pedig különösebb gondot a méhnyálkahártyának vérrel kellőleg való ellátására sem fordítottak. Esete arra tanít, hogy Chrobak-műtét után, ha ritkán is, rendszeres havivérzések még olyankor is jelentkeznek, ha nem is amputálják a méhet magasan, tehát ha a nyálkahártyának a *Zweifel* által megszabott kisebb területét kíméljük is meg s ha az arteria uterina lekötésével a csomoknak bőségesen való vér-

ellátásáról sem gondoskodunk. Annál valószínűbb lehet tehát a rendes havibajnak jelentkezése a Zweifel-féle magas amputációk esetén, melyeket ezért minden olyan esetben, amikor azoknak lehetősége van, érdemesnek látszik gyakorolni.

**2. Szépe I.: A hasmetszések után keletkező bélelzáródásról egy idevágó gyógyult eset kapcsán.** A kérdés irodalmának ismertetése után egy e körbe vágó esetüket ismerteti, melynél az egy év óta gyermekágy következtében kiújuló és *sythematicus conservativ* kezelésem is eredmény nélkül átesett betegnél 1928. II. 3-án aether-narkosisban a baloldali függelék kiirtását és a hátrahajlott méh corrigálását végezték. A beteg zavartalan gyógyulás után 12-ik napon távozott a klinikáról. Két nappal később *partialis ileusra* valló tünetekkel került vissza a klinikára, mely miatt nála relaparotomiát végeztek, melynél kiderült, hogy egy vékonybélkaes a régi adnexotomiás helytől jobbfelé a hasfali hashártyáig húzódó, mintegy 3 mm vastag kötegtől le volt szorítva annyira, hogy a leszorítás helyén a köteg bevágása is jól volt látható. Az ileumkaeson a köteg bevágása is jól volt látható. Az ileumkaesot a köteg átvágásával felszabadították, mire a beteg vonalas hasheggel gyógyult. Esetük újra nyomósan bizonyítja, hogy az ilyen esetek eredményeseb sebészi kezelése szempontjából mennyire fontos a kórismének idejében való megállapítása, továbbá a kellő utókezelés. Érdekesen egészíti ki továbbá esetük lelete is azt a sokszoros tapasztalást, hogy az ilyen post-operatív strangulációs ileusoknak legtöbbször a mellő hasfali hashártyához húzódó szalagos összenövés az oka. Végül az eset tanulsága arra is int, hogy nőgyógyászati hasmetszések kapcsán az utóészlelésnél, kivált az adnexumtútek után, legyünk nagyon elővigyázatosak, mert úgy látszik, ilyeneknél a hashártyának az előrement gyulladások által való károsítottága s lefokozott ellenállása inkább hajlamosít, még aseptikus műtét után is, összenövések keletkezésére.

**3. Götche O.: Adatok a pertussis kérdéséhez.** A pertussis klinikáját eddig a tipikus köhögés uralta. *Pospischill* classikus monographiájában a pertussis klinikájában a fősúlyt a tüdő auscultatiójára helyezi, szerinte a tüdő gyulladáson elváltozásai pertussisnál mindig kimutathatók. Előadó 100 pertussisban szenvedő gyermek tüdejét vizsgálta Röntgen segítségével és a teljesen complicációmmentes esetek 40%-ban is kifejezett infiltrációs jellegű, basalis localisatiójú elváltozásokat talált, melyek a *stad. convulsivum* alatt fejlődnek ki és a *decrementi* alatt jórésztben visszafejlődnek. Azonban amíg kifejlődésük aránylag gyors, oldódásuk hónapokra is elnyúlhat. Ezek az elváltozások sajátos localisatiót mutatnak. Kétoldalt paravertebralisán, szymmetrikusan helyezkednek el és a basalis felé szélesednek. Alakjuk után „basalis háromszöget” képeznek. Hogy itt tényleg gyulladáson folyamatok szerepelnek, amellett szólanak a röntgenen gyakran és jól kimutatható pleuralis elváltozások, továbbá előadónak *Entz* professor intézetében *Erössel* végzett kórbonctani vizsgálatai is. A pertussis-tüdő tehát jellegzetes Röntgen-képet ad, bár más folyamatok többé-kevésbbé hasonló képet adhatnak, azonban,

ha ismerjük a pertussis-tüdő Röntgen-képét és gondolunk rá, akkor differentialdiagnostikai szempontból is felhasználhatjuk különösen tbc.-vel szemben, mert míg a tbc.-s elváltozások inkább stabilak, addig a pertussisosak egy-két hét alatt valamilyen irányban mégis változnak. Élőadó szerint az egész pertussis-kérdés revidióra szorul, mert itt nem a felső légutak minimalis hurutjáról van szó, amint azt ma az általános felfogás vallja, hanem a tüdő elhúzódo interstitialis gyulladásáról.

## VIII. sz. tud. ülés. 1929 június 10.

**1. Barla-Szabó J.:** *Chronikus osteomyelitis ritkább esete.* Az osteomyelitis gyermekkorban ritkán előforduló chronikus formájának, az *Ollier* által leírt periostitis albuminosának bemutatása. A kéthónapi klinikai megfigyelés alatt hét ízben áttét — sequester — sipolyképződés nélkül. Az egyes metastasisok 4—5 nap alatti lefolyása heves fájdalom, periostealis duzzanat, subperiostealis fluctuatio, magas láz kíséretében. Subperiostealis punctiónál nyert kevés serosusnedvben staphylococcus kimutatva. A bekövetkezett sepsis kapcsán haemoculturából staphylococcus szintén kitenyészítve. Röntgen-lelet: periosteum megvastagodása, a csont structuralis elmosódottsága, foltozottsága. Az eredménytelenül adott polyvalens serum, vaccina, salicyl per os, injectiós salicyl-praeparatumok, ötszöri vértransfusio után exitus sepsis következtében.

**Götthe O.:** A bemutatott eset Röntgen-képeit demonstrálva megjegyzi, hogy a csontelváltozások nem feleltek meg a gyermekkorban oly gyakran látott osteomyelitis elváltozásoknak. Kezdetben a minimalis periostealis felrakódás és structuralis zavarodottság alapján kezdődő osteomyelitisre gondoltak, azonban nagyobb elváltozás később sem fejlődött ki és az is érdekes volt, hogy a fájdalom és duzzanat által gyámúsnak tartott csontokon kívül ugyanezen elváltozások csaknem az összes csöves csontokon megtalálhatók voltak.

**Erős G.:** A boncoláskor sepsisre utaló elváltozások mellett chronikus periostitist és osteomyelitist talált a felső és alsó végtagok csöves csontjaiban. A periostitis savós jellegű volt, sarjszövetképződéssel és a csonthártya kötőszövetes megvastagodásával. A csontokban nekrosisek voltak és a nekrosisek körüli csontállomány helyenként tömörült, egyes csontokban kiterjedten elhalt a kéregállomány is. Genyes beolvadás, tályogok a csontokban sehol sem voltak. Ez esetben a csontok lobos beszűrődése is közvetlen sarjszövetképződésbe, illetve csontképző gyulladáshoz ment át, ehhez utóbb nekrosis társult, mert a savós lob miatt a csonthártya is leemelődött, a csontállomány genyes beolvadása azonban, mint genyes osteomyelitisekben, nem következett be. A fertőzéses periostitis és osteomyelitis e formáját rendszerint gyengébb virulentiájú kórokozók idézik elő s mint általános fertőzés részjelensége lép fel.

**2. Götthe O.:** *Lépvéna-thrombosis műtéttel gyógyított esete.* Négy éven át megfigyelt splenomegalia, mely mérsékelt anaemián leuko- és thrombophenián kívül

senmi más tünetet nem okozott. Az ötödik évben attaqueszerűen proffus vérzések lépnek fel négyhónapi időközben kétszer, melyek a gyomorbélesatornából erednek véres szék és haematemosis alakjában. A második attaque után a gyermeket a klinikára vették fel és *Heim* prof. lépvena-stenosis diagnosisát állítván fel, sürgős lépexstirpatiót indikált, mert az amúgy is erősen kivérzett gyermeknél a lép rohamosan nőni kezdett, ami a pangás fokozását és újabb vérzés veszélyét jelentette. A lépvena-stenosis oka különféle lehet, jelen esetben, melyet 7 hónapos korától ambulánsan megfigyeltek, egészen bizonyos, hogy újszülöttkori thrombophlebitis volt a lépvena thrombosisának az oka, amint azt *Kleinschmidt* először hangoztatta. Érdekes, hogy a thrombosis keletkezése és a tünetek manifestációja között 4 év telt el, amely idő alatt a nagylépen kívül a gyermekben különösebb pathológiás elváltozás nem volt található. Jellegzetesek a profusvérzések, amelyek az oesophagus és a gyomor vénáinak, mint collateralisoknak varicosus tágulása és megrepedése folytán keletkeznek, csak évek múlva vezettek a helyes diagnosishoz. Az exstirpatióta félév telt el és a gyermek úgy klinice, mint a normalissá lett vérkép alapján gyógyultnak mondható.

**Vertán E.:** A lépexstirpatio a hepato-lincalis megbetegedéseknél nem mindig kedvező hatású, amint *Ranzi* is elismerte. Jelen esetben erősen kivérzett, újabb attaque előtt álló gyermeknél különösen kockázatos volt a műtét sikere. Maga a műtét simán folyt le és az előre elkészített vértranszfúzióra sem volt szükség. A hilusban lúdtoll vastagságú kemény köteg volt tapintható, mely a thrombotizált vénának felelt meg, amint azt később az exstirpált lép kórszövetteni vizsgálata mutatta. A thrombus kiirtani nem lehetett, annak megbolygatását pedig direct veszélyesnek tartja.

**Péchy K.:** A távollevő *Görög Dénes* által feldolgozott kórszövetteni metszeteket demonstrálja. Az exstirpált lép kórszövetteni vizsgálata 3 irányban mutat elváltozást: a kötőszövetes alapvázon, az ereken és végül a szöveti szerkezeten, amelyek teljesen megfelelnek a lépvena-stenosis okozta kórszövetteni elváltozásoknak. Növelte az eset érdekességét az a tény, hogy a léphilus egyik venájában organizált és recanalizált thrombus találtatott. A folyamat progressiv voltát mutatta az a körülmény, hogy a recanalizált vena ürei újra rögösödtek, azonkívül egy másik venában friss thrombus találtatott.

**Teschler L.:** Felveti a kérdést, hogy vajjon a vérzésnek nem-e thrompopenia az oka?

**Heim P.:** A lépvena-thrombosis azon megbetegedések közé tartozik, melynek oly jellegzetes tünetei vannak, hogy diagnosis nem nehéz, ha létezéséről egyáltalán tudomással bírunk. A bántalom prognosisa a helyes időben felállított diagnosistól és a szakszerű sebészi beavatkozástól függ. Tekintve, hogy a vérzések, főleg gyomor- és bélvérzések, ezeknek oka kétségtelenül mechanikus, az esetleges bőrvérzéseket a *Teschler* által felvetett thrombopenia is magyarázhatja.

**3. Nónay T.: Vércholesterin-meghatározások glaukomásoknál.** A glaukoma pathogenesisére vonatkozó eddigi felfogások rövid ismertetése után a pécsi szem-



klinika glaukomás betegeinél végzett cholesterinvizsgálatainak eredményeiről számol be. *Autenrieth—Funk* módosított colorimetriás eljárásával a glaukómások serumának cholesterintartalmát az esetek többségében csökkentnek találta. Megjelöli azokat a módokat, melyeken a cholesterin a szem tensiójának változásainál szerephez juthat. Így elsősorban az endokrinrendszer zavarára, vegetatív tonusbeli eltolódásokra, az ion-egyensúly megváltozására hívja fel a figyelmet.

## IX. sz. tud. ülés. 1929 október 28.

1. **Ángyán J.:** *Megemlékezés Heim Pál professorról.* Tisztelt Szakosztály! Elnökünk, *Heim Pál* meghalt. Energikus, tudós, kritikus, actiót indító és actióban tartó egyénisége mozdulatlan. Szelleme köré, mint hatalmas energiák forrása köré, screglik mindaz, akifélete folyamán egyszer megközelített, megérintett, delezett. Egy egész országra való embertömeg helyezkedik el az ő szelleméhez vezető erővonalak mentén, szólanul, esendően, szenvedőn, gyászban. Orvostársadalmunk kiválóságainak halottas ágya körül még nem láttunk soha ilyen gyászt. Még nem láttuk soha az orvosember szellemének ily hatalmas tömegvonzó erejét. A mi szakosztályunk is ott áll a *Heim Pál* szelleméből eredő mágneses vonzás egyik erővonalában, az őt gyászoló, de egyben az ő dicsőségét hirdető tömegben. Elmondhatjuk, hogy együtt vagyunk, rendben, egységben s ezt néki köszönjük, ezért néki vagyunk örökké hálásak. Elmondhatjuk, hogy soha még ennyire egyek nem voltunk, mint az ő halála pillanatában. Elmondhatjuk, hogy ma, az egymás iránt való teljes kiengesztelődés és az együttes munka vágya, mindaz a jó és nemes, amit *Heim Pál* ide indukált, mindegyikünkben megvan és elmondhatjuk, hogy az ő szellemében fogunk működni, az ő emlékét fogjuk ápolni.

2. **Burg F.:** *Ritka vulvadaganat esete.* Bemutató egy 58 éves nőbetegtől származó, annak bal nagyajkán helyetfoglaló képletről számol be, mely onnan csekély vérzés miatt távolítottatott el. A szövettani vizsgálat megállapította, hogy a képlet esökevényesen fejlett, izzadságmirigyből indult ki. A daganatot a *Pick* által „Adenoma hydradenoides tubulare“ névvel jelölt daganatok csoportjába tartozónak véli. Bemutató osztja *Ruge* álláspontját, mely szerint a vulva ily szemölesszerű daganatai még akkor is kiirtandók, ha azok klinikailag teljesen jó természetűnek mutatkoznak is. Az eset különben ritka előfordulásánál fogva érdemel figyelmet, mert az irodalomban bemutató mindössze 23 hasonló esetet talált.

3. **Anday Gy.:** *A szövettenyésztésről.* Előadásában a szövettenyésztés történetének rövid összefoglalása után vázolja annak technikáját, különösen *Harrison*, *Burows*, *Carrel*, és *Bartha Ödön* módszereit. Leírja a szervezetből kivett, in vitro élő szövetdarabka sorsát, a kinövési udvar kialakulását. Beszél azokról az anyagokról, melyek növést serkenteni és gátolni képesek. Különösen nagy az embryonalis extractum hatása.

mellyel a transplantatio módszerének segélyével egy-egy szövettarabka tetszésszerinti ideig életben tartható. *Lubarsch* és *Champy* nézetének vázolója után ismerteti az egyes növesi típusokat kifejlődött állat, és embryo szöveteiből in vitro. Demonstrálja az elmondottakat saját készítményeiről készült mikrophoto-grammok vetítésével, majd élő szövetculturák bemutatásával. Ismerteti ezután a szövettenyésztés néhány nagy eredményét; *Maximow*, *Fischer* vizsgálatait, majd a daganat kutatás körül elért eredményeket. Reámutat a szövettenyésztés hátrányaira, de előnyeire is, amit a sejtek könnyen analizálható, leegyszerűsített körülmények között való közvetlen vizsgálata nyújt.

**Entz B.:** Örömmel üdvözli az előadót, aki olyan témával foglalkozik, amelynek a jövőre igen nagy jelentősége van. Nézete szerint ezek a vizsgáló eljárások olyan átalakulást fognak előidézni az orvostudományban, amilyent a bakteriologiai vizsgálatok kiváltottak. Rámutat arra, hogy az első szövettenyésztési vizsgálatokat *Reklinghausen* és *Klebs* végezték a múlt század hetvenes éveiben, ők szaruhártyát tenyésztettek egyszerű bouillonban, amely bakteriologiai táptalajnak szolgált. Néhány megjegyzést fűz még az előadáshoz, hangsúlyozza, hogy a sejtenyészetekben a sejtek jóval tovább életben tarthatók, mint az irisbe való beoltás esetén. *Leopold* vizsgálata szerint az embryonalis porcs sejtek az irisre oltva eredeti nagyságuk háromszázszorosát érték el és aztán lassankint az egész szövettömeg elsorvadt, ezzel szemben a szövettenyészetekben a sejtek tetszésszerinti ideig életben tarthatók, szaporodásuk jóformán határtalan. Nagyjelentőségűek *Fischer*-nek a sarkoma-sejtekre vonatkozó vizsgálatai. Felhívja az előadó figyelmét, hogy kísérelje meg a malignus-tumorok biologiai diagnosisát oly módon, hogy a *Fischer*-féle előírás szerint izomba oltsa, mert ha helyesek *Fischer* vizsgálatai, akkor a sarkoma-sejtek rohamosan belenőnek az izomba, az elpusztítják és így az egyszerű fibromák és myxomák explantált sejtjeitől lényegesen különböznek. Ismeretes, hogy milyen nehéz egyes esetekben szövettani metszetekben annak a megállapítása, hogy valamely daganat sarkoma-e, vagy sem. Ha ez a kísérlet beválik, úgy egyszerű diagnostikai segéd-eszköz birtokába jutunk, amellyel egy-két nap leforgása alatt biztosan meg tudjuk állapítani a daganat természetét. Ilyen irányú vizsgálatok végzését nagyon kívánatosnak tartja.

## X. sz. tud. ülés. 1929 november 11.

1. **Hönig L.:** *A terhesség alatt keletkezett erőművi behatás okozta amnialis összenövés folytán támadt magzati fejlődési rendellenesség.* Egy esetről számol be, melynek kapcsán egyrészt a Symonart-szalag okozta fejlődési rendellenesség izolált maradt s melynek további fejlődése a méhenkívüli életben észlelhető volt. A csecsemő végtagjairól készült Röntgen-felvételén kimutatható volt a lefűződés alatti részeken a hiányos csontfejlődés. Főképen a lefűződött jobb lábon a sarok és ugrócsonttól distalisan az egész lábfejen csak két kisebb

csontárnyék látszott. Itt a lábközépcsontok és ujjpercek magja nem volt megtalálható. Ezek hiányából a terhesség 9—12 hete között előállott csontfejlődési zavarra következtet. Alátámasztja ezt az az anamnesis adata is, mely szerint az anyának ekkor történt elesése által okozott vérzés és göresök is a terhesség harmadik hónapjában jelentkeztek. Az öt hónap múlva készült újabb Röntgen-felvételen újabb csontosodási magvak nem jelentkeztek, ellenben a lefűződése alatti részleten végtagn mozgások alig voltak észlelhetők. Ezek bizonyítják, hogy a terheseket ért traumák a méhen belül fejlődő magzatban milyen súlyos károkat tehetnek, ezért nem lehet eléggé hangsúlyozni az arra való figyelemfordítást, hogy a terhések az ilyen erőművi behatásoktól a más-állapot ideje alatt a legnagyobb gondossággal megóvassanak.

**2. Albrich K.: Ritka szemidegántalom.** A beteget progressiv látóidegsorvadás kórjelzéssel utalták be. Lelet: Reflectorikus pupillamerevség,  $V = 6/60$  mindkét szemben, élesszélű halvány papilla. Mindez valóban egyszerű opticus-atrophia mellett szólt. A látótér külső határai azonban teljeseznek bizonyultak, teljes színvakság mellett. A beteg a színérvzés vizsgálása alkalmával úgy viselkedett, mint a congenitalisan színvak. Ezeket a vizsgálati eredményeket nem lehet egymással összeegyeztetni (a centralis skotoma kizárása után), mert ha a látásélesség romlása a látóidegsorvadás következménye volna, szűkülnék kellene lennie a látótérnek is. A látásromlás okát valóban kis kiterjedésű, paracentralis homonym hemianopsiás skotomában sikerült megtalálni. A feltevés az, hogy a halvány papilla és a teljes színvakság régi papillitis következménye, a látásromlás oka pedig a paracentralis skotoma. Diagnózis: lues cerebrospinalis. A skotoma az antilueses kúra alatt eltűnt, a látás 6/18-ra javult és a pupilla fényreakciója visszatért.

**3. Burg E.: Monoamniális ikerterhesség két érdekes esete.** A monoamniális ikrek igen ritkák, Ahlfeld szerint 132 ikerszülésre esik egy. Az ily ikerterhességek sokszor már a terhesség, vagy a szülés alatt súlyos szövődményekre vezethetnek. Ezen szövődmények egyike: a közös lepényben levő intermedier vércör útján létrejött keringési zavar, mely acardiakus képződéséhez vezethet. Másik gyakori szövődmény a köldökzsinórok egymással való összecsomózódása a közös amniális üregben, melyet a magzatoknak hydramnion okozta nagy mozgékony-sága idézhet elő. A köldökzsinórok strangulatioja legtöbbször az egyik, de mindkét magzat halálát is okozhatja, úgy a terhesség, mint a szülés alatt. Előadó két esetet demonstrál, melyek közül az egyikben a terhesség kilencedik hónapjában született monoamniális egypetéjű ikerek közül az egyik a szülés előtt nyolc nappal elhalt és pedig, mint később kiderült, a köldökzsinórok összecsomózódása következtében. Igen érdekes volt a lepény ér-hálózatának viselkedése, melyet előadó corrosios prae-paratumon szemléltetett. Bár a halott magzat bomlás-termékei kétségtelenül bejuthattak az intermedier vércörön át az élő magzat circulatiójába, arra mégsem gyakoroltak semmi észrevehető káros hatást. Másik esetében monoamniális ikerterhesség kapcsán az egyik magzat

acardius amorphus-szá fejlődött. Előadó kitér az acardiusok osztályozására és a létrejövétel módját illető elméletek ismertetésére. A két eset conclusiójaként felhívja a figyelmet arra, hogy ikerszülésnél nem elégséges esupán a már megszületett magzat köldökzsinórjának exact lekötése, hanem ezt a legnagyobb óvatossággal, tehát a köldökzsinórok minél kevesebb vonaglásával kell elvégezni, mert ellenesetben — monoamniális egypetéjű ikrek jelenlétében — az esetleges meglevő, de keringési zavarokat még nem okozó köldökzsinóresomókat összehúzzuk s ezáltal a még meg nem született magzat életét veszélyeztetjük.

**Angyán J.:** Milyen összefüggés van a bemutatott képződmény és a teratomák között?

**Burg E.:** *Angyán* professor hozzászólása kapcsán, vajjon az acardiusok nem dermoidok-e, rámutat arra, hogy ez a feltételezés már régóta vita tárgyát képezi, eldöntve azonban mind a mai napig nincs.

**Scipiadés E.:** Teratoid daganatok szerinte azok, melyek peteértékű (ovigen) csirákból származnak. Daganatoknak és nem torzképződéseknek pedig azért nevezi ezeket, mert valamely teljesen kész szerv soha nem képződik bennük. Két csoportját különbözteti meg ezen daganatoknak, úgy mint a jóindulatú dermoidokat, s a rosszindulatú teratomákat. Származásukat ezen daganatoknak *Marchand* a barázdálódás idejére teszi, szétzóródó és embryonalis állapotban maradó és physiologiás ingerre növekedni kezdő metamerekből, *Pfannenstiel* pedig kész petékből származtatja őket, melyek pathologiás ingerekre tehát nem a megtermékenyítés ingerére kezdenek növekedni. Ezért is nincsenek bennük a nemi szervekre valló képződmények. Ez alapon tehát a bemutatott képletet dermoidnak lehetne tartani. Ami az egypetés ikreket illeti, közülük azokat, melyek a csirakorong elhasadása útján keletkeznek, már is torzképződéseknek lehet tekinteni. Abban a mértékben aztán, ahogy a csirakorong széthasadása kevésbé, vagy jobban teljes, keletkeznek a különböző pagusok. A legtökéletesebb szétválás az, amikor ezen ikrek egyetlen lepényükben csak a lepényi keringés által függenek össze. Ezeket chorio-angiopagusoknak nevezik. Azt a keringést pedig, mely által összefüggnek, *Schatz* intermedier keringésnek nevezte el. Ha ez kiegyensúlyozott, a két magzat körülbelül egyforma fejlettségű. Minél inkább egyik oldalra tolódik el ellenben az intermedier keringés, annál satnyább lesz az egyik s annál erősebb a másik magzat. Az extrem állapot aztán az lesz, amikor az erősebb magzat teljesen átveszi a gyengébb magzat keringésének mozgatóerőjét. Ezért utóbbinak szíve sem fejlődik, azaz acardiussá lesz. Ilyenkor utóbbiban a keringés fordított lesz, mintha az erősebb magzatnak szerve lenne. (*Burg* demonstrálja vetítésben a keringés schemáját). Ilyen acardius amorphus bemutatott esetünk. Kérdés, ikermagzat vagy dermoid-e hát a bemutatott eset. Miután az az amniális úrban feküdt és chorealis erekkel — mint a rendes magzat köldökzsinórja — függött össze a lepénnyel, azt ikermagzatnak kell tekinteni. Így hát kész petéből kellett fejlődnie. Miután azonban dermoidjellegű és benne sexualis szövetet felfedezni nem sikerült, a csira-

korongról való lehasadását az egészen kora barázdálódás idejére kell tenni (*Marchand*). Szóval esetünkben egy ikermagzatnak indult, de a fejlődés elakadása folytán csak a dermoidhoz hasonló jellegben maradt acardius amorphus-szal van dolgunk.

## XI. sz. tud. ülés. 1929 november 25.

1. **Blaskó R. és Hank A.:** *Különös körülmények között készített pneumothorax esete.* A bemutatott beteg enyhe kétoldali, successiv módon készített pneumothorax és baloldali phrenicus-exhairesis után újabb, harmadik pneumothoraxot készítettek a bemutatók a jobboldalon. Az esettel igazolható az általánosan elfogadott tétel, hogy csak a töltési kísérlettel történhetik minden kétséget kizáró módon annak az eldöntése, vajjon szabad-e a mellhártyaüreg. A beteg előzetesen több ízben szenvedett mellhártyagyulladásban a jobboldalon és ugyancsak a jobboldalon egy és fél év előtt öt hónapon keresztül folytatott, abbahagyott és eltűnt pneumothorax után az újabb töltési kísérlet teljes mértékben sikerült. (Röntgen-képek bemutatása.) A beteg a beavatkozást nehézség nélkül tűrte és állapotában némi kezdeti javulást sikerült elérni.

2. **Szekér J.:** *Szokatlan nagy rhinolith.* Kilenc és fél gramm súlyú rhinolithot mutat be, melyet egy 39 éves férfi bal orrjáratából távolított el. Az orrkő már 21 éves korában is fennállott, mert emiatt nem vették be békében katonának. *Füledetű sinus transversus-, sigmoideus-, vena jugularis interna-thrombosis, nagy kiterjedésű extraduralis abscessus gyógyult esete.* 25 éves férfibetegnél fülből kiinduló sinus thrombosis és ehhez társuló nagy extraduralis abscessus miatt hatízben végzett műtétet. Felhasította a sinus sigmoideus, a sinus transversust, sőt átjutott az ellenkező oldali sinus transversusba is. Kénytelen volt elvégezni a bulbaris vena jugularis műtétet, ezzel egyidőben eltávolította az alákötött vena jugularis felső részét. A középső és hátsó scala duráját 17 cm hosszúságban és 6 cm szélességben tette szabaddá, melyet később teljesen sikerült fedni. A beteg kéthónapi kezelés után teljesen gyógyult.

**Fodor L.:** Hozzászóló szintén kiemeli a rhinolithok ritka előfordulását, 25 éves gyakorlatában csak kettőt látott, azokat is az első három évben, 22 év óta egyetlen egyet sem. Egyiket be is mutatja, melyben igen szépen látható az idegen test (borsó); 12 évig volt az orrürben. Bemutat még egy gombot, melyre 16 év alatt aránylag csekély fokban rakódtak rá anorganikus sók. A bulbus-kitakarítással kapcsolatban felemlíti, hogy száznál több sinus phlebitises esetében csak háromszor végezte legerartis ezen műtétet. *Tandler* szerint operál. Hangsúlyozza, hogy ma már csak végső fokon folyamodunk e beavatkozáshoz, mely az esetek legnagyobb részében elkerülhető. A gyermekklinikán ötévi fennállása óta pl. 12 sinus phlebitises betege volt — köztük rendkívül súlyosak —

két exitussal. (Mindkét eset behozatala alkalmával már menthetetlen volt: 1. Vena jugularis thrombosis, periphlebitis, mediastinitis; 2. Chronicus nephritis, uraemia.) Valamennyi még sebészileg elérhető 10 beteg gyógyult 1—4, műtéttel. Bulbuskitakarításra egy esetben sem volt szükség.

**3. Neuber E.:** *Az átfürödött gyomor és duodenalis fekélyek sebészete.* A pécsi sebészeti klinika utolsó három évének átfürödéses gyomor- és duodenalis fekély anyagáról számol be. Az elért eredményeket az életbenmaradás és a későbbi fekélygyógyulás szempontjából vizsgálja. A műtét utáni halálozás 19.5%-ot tesz ki, ami világirodalmi viszonylatban is jónak mondható. A későbbi fekélygyógyulás szempontjából azonban az eredményeket rosszaknak tartja az egyszerű fekélyelvarrás és a gastro-enteroanastomosis után. Csaknem valamennyi utánvizsgált beteg tele van panaszokkal. Jó eredményeket csak a resectio adott. Két primaer- és öt secundaer-resectiót végzett.

**Ángyán J.:** Az ulcus perforatiók nagy száma magának az ulcus-betegségnek nagy gyakoriságával függ össze. A teoriák egyikével sem ellenkezik, ha az ulcusra vezető okok során a táplálkozási ártalom mellett a gyomor-bél tractusra támadó fertőző betegségekkel való összefüggésre gondoljunk, amelyek a háború óta oly nagy szerepet játszottak. Gyakori természetesen a perforatio az ulcus betegek helytelen diéta magatartása mellett és hangsúlyozza, hogy az ulcus-betegség gyógyítása és így a szövődmények, a perforatio megelőzése, a belorvosi gyógyítás feladata. Intézeti kezelést, nevelést és az ilyen betegek rendszeres ellenőrzését tartja szükségesnek és a Társadalombiztosító Intézet részére is ily praeventiv intézkedések szervezésére tett indítványt. A gastroenterostomia műtétét a belorvosok már régen elvetették és csak absolut indicatio alapján, vérzés, stenosis és perforatio miatt operáltattak. *Neuber* kiváló technikájával végzett gyomor-resectio meggyőzően szép eredménye arra készíti, hogy reservált álláspontját a belorvosi kezeléssel dacoló, gyakran recidiváló ulcus bajokban elhagyja és vele collaboráljon. Megemlíti azonban egy esetet, melyben másutt kiterjedt gyomor-resectiót végeztek és aki most újból fekélyből eredő vérzéssel megfigyelésben áll. Nem tekinti tehát a sebészi kezelésnek ezt a módját sem az ulcus-betegség végső megoldásának.

**Neuber E.:** Köszöni a sok szempontot összefoglaló értékes hozzászólást. A gyomor-resectióra csak az a megjegyzése, hogy ezzel a műtétfajjal is lehetnek tökéletlen eredmények, mert kevés gyógyító eljárásunk biztosítja a százszázalékos sikert. A gyomorfekély sebészetében mégis a resectiót tartja a legtökéletesebb és a legtöbb sikert biztosító eljárásnak.

## XII. sz. tud. ülés. 1929 december 9.

**Kramár J.:** *Immunitástani vizsgálatok a tüdőgyulladásnál.* Miután a csecsemőkori és gyermekkori tüdőgyulladást túlnyomó részben a pneumococcus okozza, a pneumonia immunbiológiájának további kidolgozása a legeredményesebben a szervezet pneumococcus-immunitási viszonyainak tanulmányozása alapján történni lehet. Az ilyen vizsgálatokra különösen alkalmas a csecsemőkori, hiszen ebben a korban találkozunk a szervezet legelőször a különböző kórokozókcal, itt tanulmányozhatók tehát legjobban azok a változások, amelyek a szervezetben ezen első találkozások következtében végbemennek. Sorra veszi a humoralis immunitás factorait s arra a következtetésre jut, hogy ezek nem elegendők a szervezet pneumococcus-immunitási viszonyainak megértéséhez, ehhez a cellularis viszonyok ismerete is elkerülhetetlenül szükséges. Részletes immunológiai elemzésnek veti alá a „pneumococcus-bőrpróbát“ s arra az eredményre jut, hogy ez allergiás természetű reactió s így segítségül vehető a cellularis immunitási állapot tanulmányozásához. Eddigi vizsgálatait azt látszanak bizonyítani, hogy a pneumococussal szemben immunitástani szempontból háromféle stadium különböztethető meg: 1. (anergiás stadium) újszülöttek, haladókkal a csecsemőknek kisebb részre, aggkor, 2. (allergiás szak) csecsemőknek koraival növekvő része, gyermekeknek és felnőtteknek zöme, 3. (teljes védettség szaka) idősebb gyermekeknek és felnőtteknek kisebb része bizonyos pneumococcus törzsekkel szemben, mesterségesen immunizáltak. Úgy látszik, hogy a 2. (allergiás) szak labilis immunitási állapotnak felel meg, mert a szervezet különböző tényezők hatására visszazökkenhet az anergiás stadiumba. E tényezők között különösen bizonyos betegségek szerepelnek, amilyen például eddigi megfigyelései szerint a pertussis.

A tudományos ülést követő évváró közgyűlésen az orvosi szakosztály új tisztikara következőképen alakult meg: elnök: *Angyán János*, üléselnökök: *Neuber Ernő* és *Szilárd Armin*, főtitkár: *Rutich Jenő*, titkár: *Klekner Béla*, főjegyző: *György Armin*, jegyző: *Donhoffer Szilárd*, pénztáros: *Blaskó Róbert*. Az 1930 február 8-án tartandó Tóth Lajos-emlékelőadás megtartására *Scipiadés Elemért* kéri fel.











