

## Jegyzőkönyvek

az „Erdélyi Múzeum-Egyesület“ orvostudományi szakosztályának szaküléseiről.

XV. szakülés 1912 október hó 5.-én.

Elnök : DAVIDA LEO.

Jegyző : KONRÁDI DÁNIEL.

KONRÁDI DÁNIEL „*Typhusbacillusok a besztercezi vízvezeték vizében*“ című előadása bevezetéseképpen elmondja, hogy Beszterce városa 1911. év folyamán gravitációs rendszerű vízvezetékét létesített, melynek vizét a közhasználatba való átadás előtt a kórtani intézettel bakteriologiai szempontból megvizsgáltatta 1911 nov. 29-én a helyszínén. Az akkori vizsgálat adatai szerint: „a vezeték vize nyugodt lelkiismerettel átadható az általános forgalomnak, mert az emberi szervezetre káros bakteriumokat nem tartalmaz s a most talált ártalmatlan bakteriumok száma nem nagy“.

Ezután nem vizsgáltuk 1912 februárius 19-ig, a mikor a városi tanács hivatalos átirata szerint „a vízvezeték vize rövid idő óta zavaros, minek okát a műszaki közegek annak tulajdonítják, hogy néhány forrás mindaddig csak ideiglenesen tölgyfa pallóval van fedve s így az olvadó hó vize a felhánt földön átszűrődve, bejuthat a forrásba. Ez átirattal egyidejűleg 3 különböző pontról merített vizet küldött a tanács bakteriologiai megvizsgálás végett és különösen arra nézve kért véleményt, hogy vajjon a zavaros vizet szolgáltató források csoportnak a vízvezetékéből való kikapcsolása szükséges-e, vagy nem, mert a kikapcsolás esetén 15 l. helyett 1<sup>1/2</sup> l.-ben csak 4 l. áll rendelkezésükre? A vizsgálat eredménye az lett, hogy oly sok bakterium fejlődött, hogy számukat meghatározni lehetetlen volt, a minnek oka az is lehetett, hogy a víz hozzánk csak 3 × 24 óra mulva jutott el. Ekkor tudomására hoztuk a városi tanácsnak, hogy teljesen megbízható csak akkor lehet az eredmény, ha a víz feldolgozása a helyszínén történik, de vizsgálat nélkül is látnivaló, hogy a vezetéknek azt a részét, melynek forrásaiba az olvadásos, a földszin minden szennjét magával ragadó víz beléfol, ki kell rekeszteni a közös vezetékéből.

Ezt a tanácsot a helyszíni vizsgálatot illetőleg a város 1912 júniusában fogadta meg, a mikor arra kérte az intézetet, hogy ezután minden hónapban vizsgálja meg a vezeték vizet a helyszínen.

A június 19-i kiszállás alkalmával megvizsgálta előadó a várostól 24 km.-nyi távolságban fekvő két forrás csoport vizét, melyek közül az IRMGARD-forrás vizének 1 cm<sup>3</sup>-ében 4 *Micrococcus citreus*, a HERMINA-forrás ugyanekkora mennyiségében 9 M. *citreus*, 6 Bac. *conglomeratus* és 3 B. *minutum* telepet talált. A városi hálózatba kapcsolt egyik kútból (F. J. laktanya előtt) 11 M. *citreus*, 8 M. *aquaticus*, 5 M. *candidus*, 4 B. *fluoresc. liquef.*, 3 M. *chlorinus* és a M. *coronatus*, valamint B. *synxanthus* telepeiből 1—1 fejlődött. Egy másik kútból (Főtér) 12 M. *aquaticus*, 8 M. *citreus*, 5 B. *conglomeratus*, 4 B. *fluoresc. liquef.* és a B. *minutum*, M. *chlorinus*, valamint B. *synxanthus* telepeiből 2—2 fejlődött, vagyis a baktériumok száma a megengedett átlagon alól volt, sőt az egyik forrás vize majdnem teljesen bakteriummentesnek bizonyult.

A július 17-i vizsgálat alkalmával a reservoir vizében 81, a városi hálózat egyik kútjában 697, egy másik kútban 583 és a városi legelső pontján felállított kútban 3300 baktériumot talált kem-ként. „Feltűnően nagy” — írja a kórtani intézet a városi tanácshoz beterjesztett véleményében — „a június hó 19-i eredményhez viszonyítva a mostani próbákból kifejlődött baktériumok száma. Ennek a kedvezőtlennek látszó körülménynek magyarázatául felelthetjük ama tényt, hogy a városi mérnöki hivatal hivatalos feljegyzései szerint július 13. és 16-án, tehát közvetlenül a próbák merítése előtti napokon a csőhálózat reservoir feletti részében és a reservoirban tisztogatás történt, továbbá most folynak a házi bekapcsolások városszerte, egyedüli megnyugtató a vizsgálatok amaz eredménye, hogy a kifejlődésre jutott baktériumfajták ugyanazok, mint a június 19-iki vizsgálat alkalmával“.

A következő kiszállás augusztus 12-én történt. A reservoir vizének 1 kem.-éből 325 baktérium fejlődött, a F. J. laktanya előtti vezetéki kút vizének 1 kem.-ében 153 kocsonyát nem folyósító és 15 kocsonya folyósító baktériumot találtunk. A 153 nem folyósító közül *négy valódi typhus baktériumnak bizonyult*. A honvéd laktanya előtti vezetéki kút vizének 1 kem.-éből 254 nem folyósító és 15 folyósító baktérium fejlődött. A 254 nem folyósító közül *öt valódi typhus baktérium volt*.

Ezt az eredményt, tekintettel az ügy fontosságára és sürgőségére, aug. 16-án reggel 9 órakor telefonon jelentettük a városi tanácsnak és ugyanakkor felhívtuk, hogy a város közönségét alkalmas módon figyelmeztesse, hogy a vizet csak felforralt állapotban fogyassza, a mi meg is történt, miként a falragaszokból és a „Bis-tritzer Zeitung“-ból meggyőződtem.

Ennek az eredménynek a közlése után a városi főorvos telefon útján történt meghívására, aug. 17-én *másodszor* is megvizsgáltuk a vezetéket: még pedig a forrástelepről, a II. sz. nyomáscsökkentő aknából, a reservoírból és a városi hálózat 6 pontjáról merített vízzel. A vizsgálatból kitűnt, hogy a forrásvizek és a II. sz. akna vizében 9, 16, 19 és 20 ártalmatlan bakteriumot találtunk, ellenben *a rezervoirtól kezdődőleg az egész városi hálózat vize typhus és paratyphus B. bakteriumával meg van fertőzve.*

A fertőzött vízvezetési hálózat megtisztítására megfelelő töménységű kénsavval való bőséges kiöblítést sürgősen ajánlottuk, a mi a kolozsvári vízvezeték fertőzött vizének megtisztítására, a mi tüzetes vizsgálataink tanúsága szerint, eredményesnek bizonyult.

Azonban a városi tanács nem fogadta meg az intézet tanácsát, hanem *augusztus 27-én, vagyis a mi pozitív typhus leletünk után tizenöt nap múlva,* megvizsgáltatta a vezetéket a helyszínen SCHATTENFROH bécsi tanárral, a ki szept. 2-án kelt véleményében erre vonatkozólag ezeket mondja (németül): Typhus bacillusokat a vízben nem lehetett kimutatni és igen valószínű, hogy a víz szennyyezése az észlelt typhus esetekkel nem áll összefüggésben. („Typhusbacillen kommen im Wasser nicht nachgewiesen werden und es ist äusserst wahrscheinlich, dass die Verschmutzung des Wassers mit den beobachteten Typhusfällen nicht in Zusammenhang steht.“) Majd befejezésül megjegyzi, hogy az észlelt viszonyok között a hálózat fertőtlenítése nem ajánlható. („Zum Schlusse sei noch bemerkt, dass eine Desinfektion des Leitungsnetzes unter den beobachteten Verhältnissen nicht empfohlen werden kann“.)

Természetesen, hogy ezután még kevésbé törődtek a mi véleményünkkel, sőt úgy tüntették föl a nyilvánosság előtt az egész ügyet, mintha egyáltalában semmi baj sem származott volna a víz által a lakosságra. Azonban a következmények az ellenkezőről tanúskodnak.

A m. kir. beszterezési honvédállomás orvosfőnökének a honvédkerületi parancsnoksághoz beterjesztett zárjelentéséből megtudtuk, hogy *a honvéd legénység között 10, a közös ezedből 16, a polgári lakosság között 11 typhus megbetegedés volt, a városi kórházban ezeken kívül 5, összesen tehát 42 bejelentett typhus megbetegedés történt 4 halálozással augusztus folyamán.* Valószínű azonban, hogy ennél sokkal több typhus megbetegedés volt, erről tanúskodik néhány odaváló orvostanhallgatótól nyert adat, mert hivatalos adatot az intézet nem kapott, holott a városi főorvos megígérte azok megküldését.

A vezeték fertőzése módját illetőleg utólag megtudtuk, hogy az egyik nyomáscsökkentő akna valami úton-módon *nyitva maradt* olyan helyen, a hol legelő van s így valószínű, hogy a paratyphus B. bakteriumok az ott legelésző állatok ürülékével jutottak a veze-

tékbe, a valódi typhus bakteriumai pedig a pásztorok ürülékeivel, a kik között bacillushordozók lehettek.

Dr. Kovács Áron *főtörzsorvos hozzászólása.*

Tisztelt szakosztály! Az előadó úr nagy vonásokkal ismertette járványból ismét nekünk katonáknak jutott a nagyobb rész, mert, legalább látszólag, a két katonai laktanyában tört ki, s ezek lakói között aratott a vész leginkább. Én, kinek mint az erdélyi részre kiterjedő honvéd kerület ez idő szerint való egészségügyi főnökének, a járvány elfojtásában nem kis szerep jutott, mert mindenekelőtt arra ragadtam meg az alkalmat, hogy előadó úrnak és a helybeli egyetem bacteriologus intézetének a beszterezsei vízmű vizének vizsgálatáért, az itt is előadott eredményeért, melynek szakszerűségében becsületes lelkiismeretességében feltétlenül megbiztunk, megbiznak, a szakülés engedelmével, ezen a helyen, itt a tudomány egyik foruma előtt is kifejezzem teljes elismerésemet, és megköszönjem a nekünk azzal tett nagy szolgálatot. Mert, itt is kijelentem, annak köszönhetjük azt, hogy a járványt azonnal torakon ragadhattuk s már csaknem a kezdetén elfojthattuk, hogy az itteni egyetem bacteriologiai intézete, azzal hogy már az első vizsgálat alkalmával számos tifusztelepet tenyésztett ki az ivóvízből, ezzel rámutatott a ragály fészkére, kétségtelenül megmutatta nekünk azt, hogy a vízmű vize, a melyet a katonaság ivásra használ, és csakis innen ivott, fertőzve van.

A járvány ez alkalommal sem működött érdekes tapasztalatok nélkül, a melyekről azonban esetleg más alkalommal leszek bátor referálni. Egyes dolgokat azonban már most is közölhetek.

Előbb azonban a t. Előadó úrhoz kívánok, szives engedelmükkel, pár kérdést intézni.

Nevezetesen, méltóztatnak emlékezni arra, hogy tavaly itt Kolozsvárott is a beszterezzeihez sokban hasonló, mindkét helyen a városi vízmű fertőzött voltán alapult járvány uralkodott. Azon alkalomból a kolozsvári vízmű vizének vizsgálata alatt ugyan ez az intézet csak egy csap vízből birt egyetlen tifusztelepet kitenyészteni, holott a kór a város sok vízesapja körül dühöngött, ellenben a beszterezzei vízben mind a két próbából cm.<sup>3</sup>-ként 5 kulturát kapott. Tisztelettel kérdem, vajjon a beszterezzei víz vizsgálata nem új, az eddiginél tökéletesebb módszer szerint történt-e? Mert ha ezt a főnomenális eredményt a methodus tökéletesedésének köszönhetjük, a melylyel más alkalommal is ugyan ilyen eredményt lehet elérni, ez nagy vívmány volna, a mely által jövőben azonnal tájékozottak lehetünk a fertőzés forrásá felől s gyorsan útját is állhatjuk hasonló kórok terjedésének.

A kolozsvári vízmű megvizsgálása alkalmával tavaly, Előadó úr szives volt a szakülésen bejelenteni, hogy a megvizsgált vízben

sok oly erjesztő bacteriumot talált, a melyről szakembereknek az a véleménye, hogy tifusbacillus jelenlétében előterjeszti a vírus aktivitását. Jelezni méltóztatott azt is, hogy e tekintetben kísérleteken dolgozik, a melynek eredményéről annak idején jelentést fog tenni a szakosztálynak.

Tisztelettel kérdezem, hogy a besztezerei vízben volt-e hasonló bacterium? Mert ha bebizonyosodnék az, hogy ezek a bacteriumok a tifusbacillus letelepedését és kifejlődését elősegítik, a melyet én úgy képzelek, hogy az erjesztő gombák a vízben levő szerves vegyületeket egyszerűbbekké bontják, ezáltal a bac. typhi által felvehetőkké, hogy azt mondjam megemészthetőbbekké teszik, ezáltal a tifusz szaporodását elősegítik, az nem csak kórtani, de hygiéné történelem szempontjából is nagy jelentőségű felfedezés lenne, mert visszavilágítana a PETTENKOFER geniejére. PETTENKOFER ugyanis, mint méltóztatnak tudni, azt tanította és hirdette is, hogy ragadós betegség, járvány kifejlődéséhez nem elég csupán a vírus, mert a viruson kívül különféle hajlamok és egy még ismeretlen tényező is szükséges, cm. x.

A midőn KOCH a cholera vibriórt a calcuttai tenkekből a zsebben magával hozta, mindenki azt hitte, hogy megtalálták az x. értéket. De PETTENKOFER hatalmas hite még ekkor is fenntartotta az x. teoriáját.

Ha, ismétlem, bebizonyosodnék, hogy az előadó úr említette erjesztő anyagnak tényleg nagy szerepe van, a tifusz kifejlődésében, úgy szerény nézetem szeriut a tudomány ezzel megfejttette az x. mi-voltát.

A mi pedig a járvány alatt tett tapasztalatokat illeti egyelőre a következőket jelenthetem be.

Itt is láttam, hogy a vízvezeték építése és berendezése alkalmával a technicus közegek mily kevés figyelemre méltatják a hygiene finomabb követelményeit.

Az Előadó úr említette, a bécsi tanár úr egy sereg pótolni valóra hívta fel a besztezerei Tanács figyelmét. Magam is láttam, hogy a házi vezetéket mily piszkos, trágyaszerű, rothadó talajban helyezik el tudatlan munkások a nélkül, hogy a cső körül kihányt földet műfölddel pótolnák, vagy elszigetelő anyaggal beburkolnák. Ha azt az ólom csövet a szénsavdús, erjedő talaj nedve átrágja, ha a vas cső az összeillesztés helyén megtalál nyilni... Állandóan Damokles kard lesz ez a város feje felett, sok veszedelmet fog ez még nekik okozni.

Egy másik érdekes tapasztalat, a melyet Előadó úr is felemlített, az a feltűnő különbség, a mi a kolozsvári bacteriologus intézet erősen pozitív és a bécsi hygienicus negatív eredménye között van. Semmi kétségem sincs a felől, hogy mind a két vizsgálat teljesen

a tudomány színvonalán történt és meg is bízható. Véleményem szerint a különbség onnan származik, hogy a bécsi vizsgálat jóval a kolozsvári után történt, a mely hosszabb idő alatt a vízművet állandóan öblítették, tehát kimosták a belé jutott kórcsirákat. És hogyha bebizonyosodnék, hogy ez az öblítés a vízművet a tifuszcsiráktól valóban és véglegesen meg is szabadította, ennek felette örvendenék, mert megvallom, hogy a vízvezetéknek vegyszerekkel való fertőtlenítési kísérleteire mindig gyanakvó szemmel néztem, mint olyan műveletre, jobban mondva szándékra, a mely haszontalan, mert nehezen kivihető, nem fertőtlenít megbízható módon, de sőt még káros is lehet, mert a vascsöveket vegyileg rongálja.

A járvány alatt nagy gondot fordítottunk arra, hogy a bacillushordozókat minél előbb felfedezzük. E végből az összes katonák hőmérsékét naponta, délután lemérték és orvosi vizsgálat alá vették. Ez alatt 80 esetben észleltek  $37.2-37.5$  C° hőmérsék emelkedést a honaljban, az illetők bágyadtak voltak, étvágyuk csökkent, nyelvük be volt vonva. Szóval rajtuk a hastifusz kezdődő tünetei voltak láthatók, calomel adagolására pedig mindezen tünetek visszafejlődtek. Nem állíthatom ugyan, hogy a kór, a melynek tüveit láttuk, csakugyan kifejlődőben levő tifusz volt, mert behatőbb vizsgálatokra berendezkedve nem voltunk, de időnk sem lett volna rá. Csupán a tényt akarom itt constatalni.

KONRÁDI DÁNIEL: Kovács főtörzsorvos úr első kérdésére, hogy a beszterczei víz vizsgálata nem új, az eddiginél tökéletesebb módszer szerint történt-e, megjegyzi, hogy a módszer, mellyel az intézet több mint 10 éve dolgozik, ugyanaz volt most is és abból áll, hogy minden alkalommal *sok vizet* dolgoznak fel: 3—10 kem.-t s ennek tulajdonítja, hogy a typhusbacillus kimutatása előadónak *többször* sikerült már, még olyankor is, mikor a vizsgálat nem azzal a kítűzőtt czéllal indult meg, hogy typhusbacillust keressen, mint a mostani esetben is. És éppen ebben látja előadó a *rendszeres vizsgálatok hasznát*, hogy a vizsgálat *előre* figyelmeztessen a kítűző veszedelemre és ne akkor kutassunk a járvány oka után, mikor az már megvan, mert tekintettel a typhus meglehetősen hosszú lappangására, igen könnyen megtörténhetik, hogy a járvány okának kimutatása nem sikerül, holott pedig a vízben volt, de a hosszú lappangás alatt eltűnt a kiöblítés által, vagy más úton-módon. Ez által igazán sikerülne az óvintézkedések gyors keresztülvitelével a járványt mindjárt elfojtani. Hogy Kolozsvárt annak idején még akkor is sikerült a typhusbacillus kimutatása, mikor a járvány tetőfokán állott, azt bizonyítja, hogy az a csap állandó fertőzésnek volt kitéve, a mire a szerkezeti hiba és a pücegödör közelsége alkalmat adott. Arra a kérdésre, hogy a beszterczei vízben voltak-e a typhusbacillus mellett erjesztő gombák is, melyeket a kolozsvári

vízben kimutatott volt előadó, megjegyzi, hogy most nem talált erjesztőket s hogy czirányú kísérleteit még nem fejezte be, de GÁL FÉLIX-nek a PREISZ tanár intézetében végzett vizsgálatai után arra lehet gondolni, hogy az erjesztő gombák elősegítik a bélbe jutott typhusbacillusok megtelepedését, fokozzák azok, sőt a coli betegítő erejét (virulentiáját).

Arra a kérdésre, hogy a kiöblítés a vízművet valóban is véglegesen megszabadíthatja-e a typhusbacillusoktól, nem nyilatkozhatik határozottan, mert aug. 17 óta nem vizsgálta az intézet a beszterczei vizet s így nem tudjuk: van-e még benne typhus, vagy nincs, de annyit határozottan állíthat, hogy aug. 16-tól kezdődőleg előadó ajánlatára folytonosan öblítették a vezetéket, de azért 17-én két olyan csapból felfogott vízben is sikerült kimutatni typhusbacillust, melyekből állandóan kieresztették a vizet.

IMRE JÓZSEF: Az előadottak után kívánatosnak tartaná, hogy a mi hazai és éppen vidéki szakemberünk eljárása, javaslata és megállapítása az itteninél nagyobb nyilvánosság előtt részesülne védelemben, szükséges ez a közönség érdekében is, de egyetemünk tekintélye szempontjából is. Az egész ügyet érdemes volna a szak-sajtóban ismertetni, igazolni a beszterczei vízvezeték typhusbacillusainak helyes kimutatását a következményeket illető adatokkal is, melyeket ha az ottani hatóság másként nem szolgáltatna ki, a kormány közbejöttével kellene megszerezni. De eltűrni azt, hogy a bécsi szakember véleménye kedvezőtlen megítélés oka legyen a kolozsvári (a magyar) szakember hitelére nézve, semmi esetre nem szabad.

KOVÁCS ÁRON: Abban a helyzetben vagyok, hogy az érintett kérdéshez némi megnyugtatóssal szolgálhatok. Kár volna a recriminatio terére lépni, mert ezzel esetleg casus bellire adnánk alkalmat. És kár volna ezt a különben eléggé jelentős incidenst érzékenyen fogni fel. Nacionalis tudományosságot én sem ismerék el. A tudomány zeníjtjén álló szakférfiak véleménye között nem lehet értékesebb a wieni a kolozsvárinál. De a bécsi tanár úr véleményéért alighanem azért folyamodott a beszterczei tanács, hogy a bakteriologusok véleménye mellett a javítás tekintetéből higienicust is megakart hallgatni. Hogy azonban a két vélemény között levő különbséget miként appreciálta és mily módon használta fel, az más kérdés. Erről tudomásom sincs. Ismételve kijelentem, hogy a kolozsvári véleményért, mert ez volt eljárásunk basisa s mely minden tekintetben be is vált, hálaival tartozunk.

KONRÁDI DÁNIEL köszönetet mond a hozzászólásokért és fel-említi, hogy éppen azért hozta az egész ügyet a szakosztály elé, hogy igazolja magát tudományos testület előtt az őt ért nyilvános (beszterczei lapokban) sértésért. További teendőinek tartja, hogy a szak-sajtóban magyar és német nyelven közölje az egész járványt.

## XVI. szakülés 1912. évi október hó 12-én.

Elnök: KLUMÁK ADOLF.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. IMRE JÓZSEF előadása: *A távcső-pápaszem hasznáról* szólva bemutat egy 17 éves tanulót, kinek jobb szeme 14, bal 20 dioptria közellátóságban szenved, mely miatt a háttérben az ismeretes myopiás elváltozások nagymértékben fejlődtek ki, de a sárgafolt tájékát megkímélték. A javító üvegekkel egyik szemnek  $\frac{4}{60}$ , a másiknak  $\frac{6}{60}$  látásélessége van, de ezeket az üvegeket nem tűri, velök nem tud járni, még kevésbé olvasni, rendes használatra csak 9 d.-ás üvegeket fogad el. Ezekkel is minden tekintetben szerencsétlen volt, olvasni, kótát jól látni, távolra látni egyképen tökéletlenül tudott. A Zeiss gyárban készült távcső-pápaszemekkel távolra  $\frac{6}{15}$  lát, 28 cm.-ről Cs. I. számú nyomtatványát jól olvassa, tekintőtere (Blickfeld) kitágult s maga állítja, hogy ő „újjászületett“. Előadó ismerteti a nagyon közellátó szemek kijavításának nehézségeit, a nagyon erős konkáv üvegek rossz tulajdonságait, a kicsinyítő hatást, az üvegszélek torzító hatását, a ferdén jövő sugarak astigmatiás törését, a tekintés terének szűk voltát, a fej sok mozgásra való kényszerítését; ismerteti a nagy közellátóság műtéttel való gyógyításának alapeszméjét, jó hatását és veszedelmeit s végre a HARTEL javaslatára Zeisséktől kifejlesztett távcsöves pápaszem szerkezetét. Különös fontosságot tulajdonít e műszernek a fiatal haladó közellátóságú egyének sorsára nézve és csak két gyengeségét látja: drágaságát és a látótér némi szűkülését, a mit a két pápaszem oldalai okoznak, de a minnek jelentősége (a rendes üvegek hiányaival szemben) igen csekély.

II. VERESS FERENCZ és SZABÓ JÓZSEF: *A Karvonen-féle reactio értéke a syphilis és a paralysis progressiva diagnosisában.* SZABÓ JÓZSEF előadó részletesen ismerteti a *conglutinatio* fogalmát BORDET, GAY és STRENG alapvető dolgozataiból kiindulól, majd rátér KARVONEN kísérletére, ki a conglutinatiót komplementkötés alapján syphilis diagnosisára használta fel. A folyamat lényegének tárgyalása után az irodalmat sorolja fel részletesen, saját vizsgálataik közlését azonban az idő rövidege miatt a következő ülésre halasztotta.

## XVII. szakülés 1912 október hó 19-én.

Elnök: DAVIDA LEÓ.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. VERESS FERENCZ és SZABÓ JÓZSEF: *A Karvonen-féle reactio értéke a syphilis és a paralysis progressiva diagnosisában.*

Szerzők előbb a WASSERMANN-féle reactio egyszerűsítésére irányuló kísérleteket ismertetik. A WASSERMANN-féle reactio helyett hasonlóan megbízható, de könnyebben kivihető eljárás megállapítása volt a KARVONEN célja, ki a haemolysis helyett conglutinatiót alkalmaz indicatorul. A conglutinatio lényegéről szóló elméletek és az ezek felett folytatott vita ismertetése után a KARVONEN-féle eljárás körül keletkezett irodalom áttekintését nyújtják a szerzők, majd saját vizsgálataikra térnek át. 177 syphilis különböző stadiumában levő beteg és egészséges egyénen kívül 301 ideg- és elmekórtani esetben végeztek KARVONEN előírása szerint serologiai vizsgálatot, majd epilepsiás, dementia praecoxos és paralyticus betegeket cerebrospinalis folyadékából is kísérleteztek. Vizsgálataik eredményéből a következő tanulságokat vonják le:

1. Konglutinációs reactio általában a WASSERMANN-féle reactióval megegyező eredményeket ad.

2. Elsődleges syphilis eseteiben conglutinációs reactióval korábban kapunk positiv eredményt, mint WASSERMANN-féle reactióval.

3. Másodlagos és harmadlagos stadiumban úgy a KARVONEN, mint a WASSERMANN-féle reactio egyaránt túlnyomó nagy számban positiv eredményt ad.

4. Lappangó syphilisben levő betegek vérsavójával a conglutinációs reactio gyakrabban positiv, mint a WASSERMANN-féle.

5. Gyógyuló syphilis betegek vérsavójában a KARVONEN-féle reactio igen sokszor még akkor is mutat ki luest, mikor a WASSERMANN-féle reactio már negativvá vált.

6. Az idegrendszer valódi syphilisében a KARVONEN-féle reactiót éppen olyan gyakran találtuk, mint a WASSERMANN-félét.

7. Míg a paralyticusok vérsavója WASSERMANN-féle eljárással jóformán mindig positiv eredményt ad, addig a KARVONEN-féle módszer az eseteknek körülbelül egy ötödében nem ad positiv eredményt.

8. Tabes dorsalis néhány esetében végzett vizsgálatokból csak annyit lehet mondani, hogy positiv esetek mellett negativok is előfordulhatnak.

9. Paralyticusok házastársai és gyermekei a Conglutinációs reactióval szemben némileg a latens lueshez hasonlóan viselkednek: gyakrabban adtak positiv KARVONEN-féle reactiót, mint WASSERMANN-félét.

10. A KARVONEN-féle reactio paralyticusok liquor cerebrospinalisával többnyire positiv eredményt ad, de az esetek kisebb százalékában, mint a WASSERMANN-féle.

11. Teljesen egészséges, vagy syphilisben sohasem szenvedett emberek KARVONEN-féle reactioja kivétel nélkül mindig negativ.

12. A conglutinációs reactio kivitele könnyebb, mint a WASSERMANN-féle eljárásé, mert természetes amboceptorral végezhető; olcsóbb, mert thermostat nem szükséges hozzá.

13. Ellenben a KARVONEN-féle módszernek hátránya az, hogy friss lósavó kell, melynek beszerzése nehéz, állandó kísérleti ló tartása pedig költséges. További hátránya, hogy tengeri malacz vére szükséges és így mégis állattartással jár.

14. Hátrányos az is, hogy az eredmények néha kétesek és autotrop esetek is sokkal nagyobb számmal fordulnak elő, mint a WASSERMANN-féle reakcióban.

15. A fentebb felsorolt hátrányok a KARVONEN-féle módszert az általános gyakorlat számára alkalmatlanná teszik.

16. A conglutinációs reakció azonban annyira értékes, hogy laboratóriumban a WASSERMANN-féle reakcióval párhuzamosan érdeemes végezni.

17. Minthogy finomabb reakció, mint a WASSERMANN-féle és a syphilis gyógyulásakor későbbre válik negatívvá, alkalmazása különösen akkor fontos, ha a syphilis gyógyulását kell megállapítani.

18. Tekintettel arra, hogy a paralysis progressivában a WASSERMANN-féle reakció sokkal gyakrabban pozitív, mint a KARVONEN-féle; syphilis eseteiben azonban ritkábban: kérdéses, vajjon nem lehet-e erre gondolni, hogy az az anyag, a mely a reakcióban a két-féle betegségben szerepel, két chemiailag különböző test?

A dolgozat végén van a KARVONEN-féle reakcióval és a conglutináció kérdésével foglalkozó közlemények felsorolása.

## II. MÁTYÁS MÁTYÁS bemutatásai:

1. 20 éves O. P., a ki f. év július 13-án vétette fel magát klinikánkra. IV. hónapban terhes, körül-beiül férjhez menetele óta (1 éve) pruritus vulvaeban szenved s terhessége kezdete óta vizelésnél kisértékű égető érzései vannak. Ezekről eltekintve, terhessége alatt jól érezte magát.

18 nappal klinikánkra való felvétele előtt hirtelen kirázta a hideg, 38,3 hőmérsékete lépett fel, j. ó. agyéktáji fájdalmai keletkeztek, melyek azóta állandóan fent állanak. Bejövetele előtt 18 napon át 35,7—40,6° C közötti hőmérséketei voltak, naponta előzővő hidegrázással.

Körülbelül u. e. a láztypus marad meg klinikánkon való tartózkodása alatt is. Kezelő orvosai eleinte gastritis, majd typhus, végül pyaemiára gondoltak. Az utóbbi irányában megejtett bakteriologiai vérvizsgálat azonban negatív eredményt adott.

Meglehetősen sovány, kissé elesett beteg. Száraz, bevont nyelv; tüdők felett kisértékű bronchitistól eltekintve szervi eltérést nem találunk (vizelet leletet kivéve). Méh a köldök alatt egy haránt újjnyira, j. o. a vesetáj, nyomásra érzékeny, de itt resistencia nem található. Hólyagból katheterrel vett vizelet sötét barnássárga, egyenletesen zavaros, nem bűzös, savi vegyhatású, 1016 fs., fehérjét, cukrot nem tartalmaz. Centrifugált vizelet üledéke hólyaghámsej-

teket, gennysejteket tartalmaz mérsékelt mennyiségben, főleg azonban igen sok colihoz hasonló élénken mozgó bacteriumot. Ezek később bacterium colinak identificáltattak.

Cystoscopiánál (VÉRRES) a hólyag nyálkahártyája csak a j. o. urether szájadéka körül mutat egész kistokú belöveltséget. Hólyag kapacitása 500 cm. J. o. ureterből felfogott vizeletben néhány vesemedence hámszejten kívül a hólyagból vett vizeletben talált lelet. Beteg hőmérséke 40·8 °C.

Mindezek alapján a diagnosis j. o. *pyelitis gravidarum*.

Eleinte a beteget baloldalra fektetéssel kezeljük (Linkslagerung), hogy a j. o. ureter a nyomás alól felszabadulva, a vizeletnek szabad lefolyása legyen. Helmitolt kap s meleg fürdőket. Majd 20 napon át négy ízben katheterezttük meg a j. o. uretert. Ez utóbbiak sem hoznak lényeges változást a beteg állapotában. Minden ureter katheterezés után a hőmérsék és az általános állapotban csak kistokú és muló, órákra terjedő javulás volt elérhető. Bár egy alkalommal 10 órán át hagyjuk benn az ureter kathetert s azon át 1 liternyi vizelet ürül! Ekkor a már erősen lesoványodott, majdnem kachexiás kinézésű betegnél művi abortust indítunk meg. Méhszáj tágitás Hegarral, majd Barnest, végül Champetier gummy ballonnal; a meglehetősen gyenge fájások erősítésére pedig RICHTER F. „Glandu-trin“-t adunk (jól hatott).

1200 gr. súlyú, 28 cm. hosszú magzat 22 óra múlva megszületik.

A gyermekégy 5 első napján 40·2° C-ig felmenő hőemelkedések vannak, a mely a 6-ik napra fokozatosan normális hőmérsékre száll s végig-ott marad. Vesetáji fájdalmak az abortus befejezése után prompt megszűnnek; az elég sok gennyet tartalmazó vizelet erős javulást mutat úgy, hogy a gy. á. 4 ik napján már csak tiszta coli. bacillusokból álló bakteriuria található, genny abban nincsen. Ugyanaz a vizeletlelet a gyermekégy 16-ik napján is, mikor is a beteg az intézetből eltávozik.

Csupán egy dolgot akarok — az intézetben előforduló esetek kapcsán — a therapiához hozzáfűzni.

E bántalom természete úgy látszik olyan, hogy hirtelen lép fel, de legtöbbször hirtelen is szűnik meg. A mint az ureterben a pangás megszűnik akár helyzetváltozásnál, akár azért, mert a feszülés már nagyobb fokot ért el a vizelet retentiója következtében, a hőmérsék s fájdalmak engednek, illetve megszűnnek. Legnagyobb része az eseteknek olyan, hogy a terhést, szülönőt, vagy gyermekégyast kirázza a hideg, fellépnek a vesetáji fájdalmak s néhány óra vagy 1 nap múlva már normális a hőmérsék s fájdalom nincsen.

Már most ha az első roham után mindjárt meg katheterezttük az uretert, a lázfájdalmak megszűnnek s mi abban a hiszemben

vagyunk, hogy az ureter katheter vitte le a hőmérséket. Pedig dehogyn! Legtöbbször megszűnik az magától.

Ahol pedig az eset olyan makacs, mint a fent közölt, ott az ureter katheter sem használ sokat. Tekintettel azonban arra, hogy az ureter katheterezés nem mondható káros beavatkozásnak, mielőtt művi vetelésre határozzuk el magunkat, megpróbálandó.

2. 28 éves, másodszor szülőnő; I. P. 3 hónapos, abortus 7 év előtt. 1910 októberében pyonephrosis calculosa miatt j. o. veséjét eltávolították (MAKARA). 10 hónap múlva 5 napig tartó anuria lépett nála fel, s ekkor a bal uretert eldugaszoló genyesap, mely az anuriát okozta u. csak itt (STEINER) lett eltávolítva.

F. év augusztus 18-án egy éjszakán át volt klinikánkon. Terhessége alatt állandóan a megmaradt veséje táján érzett fájdalmakat. Tegnap ezek a fájdalmak az egész hasra elterjedtek úgy, hogy azt hitte, hogy a szülés indult meg. IX. hónapban gravida; megtartott portio; m. sz. alig újjnyi. Méh contractiók nem tapinthatók. Szívhangok b. o. B. o. vesetáj nyomásra érzékeny. Hőmérsék 38.0° C. Kisfokú pyuria. Reggel láztalan, klinikáról távozik.

IX. 6 újra felvétel; 38.2° C hőmérsék; 2 újjnyi méh száj; burok repedt, fej a bemenetben rögzítve látszik lenni. B. o. vesetáji fájdalmak; pyuria.

Szülőfájások igen renyhék, úgy hogy 48 óra leforgása alatt 3-szor adtunk 1—1 cm.<sup>3</sup> RICHTER-f. Glanduitrint. Minden injectió után 3—4 percz múlva kb. 1/2 órán át típusos szülőfájások jelentkeztek, de a második nap végén is csak 4 újjnyira tágult a méhszáj s csak ekkor derül ki egy aethernarcosisban végzett vizsgálat alkalmával, hogy a fej a bemenet felett tulajdonképpen mozgatható.

Ekkor a már gyengülő magzati szívhangok miatt s azért, mivel az anya hőmérséke is emelkedőben van (39.5° C) lábráfordítást és extractiót végzünk. Nehezen sikerül, főleg a merev lágyrészek gördítenek akadályt a kivitel elé.

Magzat 3450 grm. súlyú, 53 cm. hosszú, algid asphyxiában születik; feléleszteni nem sikerül.

Gyermekágy lefolyása kétszeri 38.0 °C. hőemelkedéstől eltekintve, zavartalan. Vesetáji fájdalmak szülés után megszűnnek, hasonlóképpen a pyuria.

Az eset főleg azért érdekes, mert egyrészt *egy vesével viselte ki a terhességet*, másrészt ebben az egy vesében fellépett *pyelitis gr.* is kedvezően folyt le, nem tett szükségessé sem ureter katheterezést, sem a terhesség korábbi megszakítását!

3. 33 éves O. P. Terhes a IV. hónapban. Fundus köldök alatt 2 haránt újjnyira. Terhessége alatt jól érezte magát. Két nap óta fejfájása van. Junius 24-én (f. év), azaz felvétele napján reggel 3 órakor egyszerre öntudatlan lett, *rángó görcsöket kapott*, melyek

1—1 óra időközben 3-szor jelentkeztek. Eltekintve az alsó végtagon található kiscukor oedematól és az alanti vizelet lelettől, egyéb eltérés a betegnél nem volt található. Vizelete több ízben lett terhessége alatt vizsgálva klinikán is, de abban két nappal még a bejövetele előtt semmi eltérés kimutatható nem volt.

Vizeletben felvételtkor salétromsavval kb. 1 cm.-nyi tömött fehérjegyűrű, ezukor nincsen. ESSBACH szerint a fehérjemennyiség 5‰. Centrifugatumban néhány fehér véresejt, sok szemcsés és hyalin cylinder.

Bejövetele napján d. e. 11 órakor kapja az első typosus eclampsiás rohamot, majd kb. 1—1 órai időközben utána még négyet. Minden roham alkalmával 1—1½ cgr. morphint kap. Ekkor a szülést megindítjuk. Chloroform narcosis, méhszáj tágitása Hegarral, majd Champetier gummi ballonnal. Az erősen rigid, majdnem heges gyűrűszerűen feszülő belső méhszájon át, mely csak 1½ ujjnyira tágult, befejezzük a szülést. Polypfogóval távolítjuk el a magzat testét darabokban. Placenta kihozatala után méhüreg tamponade. Szülés után 2 óra múlva a sensorium visszatér. A következő 36 órában rohammentes; ekkor eltávolítjuk a tampont a méhüregből s újra 8 roham jön rá kb. félórai időközben. Ezután a rohamok teljesen elmaradnak. A gy. á. lefolyása teljesen zavartalan; melög fürdőktől eltekintve, különösebb kezelést nem kap.

A diuresis gyorsan megindul már a gy. á. 2-ik napján, 1250 cm<sup>3</sup> a vizeletmennyiség; a gy. á. 20-ik napján fehérje nem mutatható ki a vizeletben.

A gy. á. 20-ik napján pedig a beteg gyógyultan távozik. Az eset érdekessége egyrészt abban van, hogy a roham keletkezése előtt 2 nappal a vizeletben fehérje többek által is vizsgálva nem volt kimutatható. Az első 3 roham után pedig 1 cm.-nyi fehérjegyűrű volt benne. Értékes adatot szolgáltat ez azok részére, a kik a fehérje megjelenését a vizeletben csak másodlagos dolognak tekintik. Érdekes ez eset azért is, mert ilyen korán lép fel a terhesség negyedik havában. Végül pedig a szülés befejezése után 36 óra múlva újabb 8 rohamot kap, a mi valószínűleg a tampon eltávolítása után fellépett méhcontractiókkal függ össze.

Az előadáshoz hozzászól:

VÉRTES OSZKÁR azon divergentiát, mely pyelitis esctén az ureterkatheterisatio szükségességére és hasznára nézve az egyes szerzőknél található, úgy óhajtanám magyarázni, hogy különbséget kell tennünk egyszerűen bomlott, helyesebben inficiált vizelet retentioja és tulajdonképeni pyelitis között. A terhesség alatt praedisponáló momentumok jelenléte mellett a cystitist okozó coli-infectio ascendálhat a vesemedenczébe és ha vizelet retentio járul hozzá, létrejön a pyelitis. Ha csak retentio van jelen, mélyebb kórfolyamat

nélkül, úgy könnyen érthető, hogy egyszeri katheterisatióra, tehát az inficiált vizelet leeresztésére láztalanná tehetjük a beteget. Ha ellenben a vesemedence nyálkahártyája is bele van vonva a folyamatba, akkor egyszerű katheterisatio már nem segíthet, hiszen ily esetben egy beteg nyálkahártyának meggyógyulásáról, tehát egy hosszabb kórfolyamatról van szó. Bizonyos szempontból párhuzamba állíthatók ezek a viszonyok a puerperalis megbetegedések azon eseteivel, a midőn a bomlott lochia retentiója alkalmával egyszerű méhüregöblítéssel egy csapásra megszüntetjük a gyakran hidegrázással beköszöntött, nem ritkán 40·0°-ig emelkedett hőmérséket. Ily hirtelen gyógyulás nem várható azon esetekben, melyekben a decidua, illetőleg endometrium is belevonattak a megbetegedésbe; amott egyszerű retentióról, emitt endometritisről van szó.

### XVIII. szakülés 1912 október hó 26-án.

Elnök: DAVIDA LEO.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. ZACHER PÁL a közelmúltban végzett sectiók egyik érdekesebb esetét mutatja be. A beteg, a kitől a bemutatandó készítmény származik, első ízben 1912 aug. 26-án kereste fel a klinikát s panasza ekkor abban állott, hogy betegsége 6 héttel azelőtt kezdődött, kiállott katonai gyakorlat után. Hányik, széke bár nem mindig, de véres szokott lenni. Baja fennállása óta sokat soványodott. A beteg megvizsgálásakor a has a köldök tájon elődomborodott s időnként jobbról balra haladó contractiók rajza látható. Gyomortáj nyomásra érzékeny. Tapintáskor jól kiérezhető az erősen kitágult, scibálákkal telt colon transversum. A betegen exploratiós laparotomiát végeznek a köldök felett a medialis vonalban, ulcus rotundum gyanúja miatt. Ekkor a colon transvers.-ot tágnak találják, de a gyomron nagyobb ulcust nem tudnak kitapintani. Feltűnt a műtétnél még annyi, hogy a flex. duodenojejun. szálagosan a gyomorhoz nőtt. Minthogy ekkor okot különösebb műtéti beavatkozásra nem találtak, a hasfalat bevarrták. A varrat gyógyulása után a beteg távozott.

1912 okt. 12-én jelentkezett a beteg újra a klinikán. Műtét óta javulást nem észlelt s kb. 1 hét óta igen nagy fájdalmai vannak a hasában, csuklik, hányik, naponta 3—4-szer van nyákos széke, mely néha véres. Ekkor a has meg volt nagyobbodva. A bal csípőtányér felett időnként besüppedés és kiemelkedés észlelhető s ugyanekkor a betegnek nagy fájdalmai vannak. A tünetet élénk korgás kíséri. A jelenlegi tüneteket egybevetve az angusztusiakkal, az eset chronicus ileus gyanúját keltette. Műtétnél kifejlődött peritoneitisre találnak és az egész műtét csupán anus praeternaturalis

készítésére szorítkozik. A beteg a szív működés folytonos hanyatlása mellett másnapra meghalt. Az eset boncsolásra kerül, a mikor is a hasüreg részéről a következőket találtuk.

Hasfal megnyitásakor gázok távoznak. Hasüregben mintegy 250—300 gr.-nyi bűzös gyenyés folyadék. Legszembetűnőbb volt az, hogy a haránt és lehágó vastagbél szinte karvastagságú, míg ezzel ellentétben a rectum összeesett. A puffadt, gázokkal telt vékonybélkacsok egyrésze le van nyomva a jobb fossa iliaca-ba, más része a vékonybélkacsoknak a lehágó remese kinyújtott mesocolonja által van leszorítva, de ezek nem puffadtak. A vékonybélkacsok gyenyés rostonyával vannak összetapasztva. Az egyes bélkacsok szétválasztásakor kiderül, hogy a vakbél nemcsak hogy nincs a szokott helyén, de egyáltalában fel sem található, nem volt található a felhágó vastagbél, sőt a flex. coli hepatica sem. Ezek helyét tág, puffadt bélkacsok foglalták el. Ezek közül egyik legalsó, mely 3 haránt ujjnyi vastag, egyenesen betüremkedik a colon transversumba és pedig a harántvastagbél máj felé eső harmada táján. A befűződés előtt a vékonybélkacs kerülete 13 cm. A befűződési gyűrű kerülete 31.5 cm., a haránt vastagbéle 21 cm., a lehágó vastagbéle 28 cm. A colon transversumban nagy bélsárrögöket lehet kiérezni, a lehágó vastagbél elasticus tapintatú, átengedi érezni a betüremkedett bél körvonalait. A lehágó vastagbél közepe táján a bélkerület felét magába fogadó repedés van, melynek mintegy 8—9 cm. hosszú circularis nyílásán át sötétvörös, bél benyomását keltő hengerded képlet tűnik ki. A bélrepedés környezetében bélsárrögök fekszenek a szabad hasürben. A betüremkedő vékonybélkacs mesenteriuma sarlószerűen volt kifeszítve. A felnyitás végbél felől történt. A végbél üres, összeesett, halvány nyákhártyával. A végbélnyílástól 21 cm.-re található a befűződött bélkacs legelől haladó része, mely almányi sötét, csaknem feketés vörös, fényes tömeget képvisel, lép tapintatára emlékeztet s vakon végződve, rajta szájadékra seholy sem bukkanni. Ennek a mellső hasfal felé tekintő felületén egy, mintegy 5 cm. átmérővel bíró, 2 cm.-re kiemelkedő, éles szélékben végződő daganatszerű növedék van, melynek felszínes része feketés-vörös, pörkös, metszslapon szívós rostos s pontosabb szerkezetet rossz karban tartottsága miatt szabad szemmel nem lehet kivenni. Ugyanezen kifordított bélkacs medialis felületén, közel a daganat medialis alsó széléhez, lehet egy szájadékra bukkanni, melyből nyomásra híg, epés bélsár ürül s nem egyéb a vékonybél vakbélbe való szájadzásánál. A bevezetett catheter a colon ascendensbe behűződött, ileumban vész el. Felnyitva a legelől haladó bélkacsot, abban meg lehetett találni a féregnyujtványt, az ileumot, annak mesenteriumát 3 jó mogyorónyi kemény, rákos elfajulásra gyanús nyirokmirigygyel együtt. E szerint egy oly befűződést találtunk a boncsolatnál, a hol

az intussusceptumot képezte egyrészt a 34 cm. h. ileumkaec, másrészt vastagbélrészlet, a mi a vakbél, felhágó vastagbél, a flexura coli hepaticából állott, az intussuscipiens pedig a haránt és lehágó vastagbél volt. Mint minden befűződésnél, úgy itt is 3 bélfalat találunk keresztmetszetben. Pl. a flexura lienalis magasságában ejtett keresztmetszeten legkívül feküdnék a colon descendens, közepén, a colon ascendens, a colon descendens nyákhártyája felé fordult mucosával, legbelül az ileum, a melynek serosája a colon ascendens serosája felé fordult.

A desinvaginatio megkísérlésénél azt tapasztaltuk, hogy az intussusceptumot alkotó két bél cylinder, nevezetesen az ileum és colon ascendens serosája, ha nem is mindenütt, de sok helyt már szálagosan össze volt tapadva, azonkívül hasonlóan fistula bimucosához a két bélüreg direkt összefüggésben is volt egymással, úgy, hogy katheterrel az ileumból egyenesen a colon ascendensbe lehetett jutni. Az intussusceptumok bélfalát, — a mennyire azt át lehetett vizsgálni a nélkül, hogy a készítmény szenvedett volna — legtöbb helyt duzzadtak, bársonyosnak, belőveltnak láttuk. Csupán legproximálisabb része, vagyis a vakbél látszott rossz karban tartottnak, de teljes elhalás itt sem volt észlelhető. Az intussusceptumon demarcálódásnak sem volt semmi jele. A zsírszegény mesenteriumon sem voltak erősebb táplálkozási zavarok. Még annyit megemlíthetünk, hogy az invaginatio előtti alsó vékonybélkaecok, valamint a colon transversum és descendens hypertrophiás izomzattal bírnak. A halált a colon descendens rupturájához csatlakozott általános has-hártyagyulladás idézte elő. Az átfűródás valószínűleg decubitalis elhalás eredménye.

*A vakbél-daganat szövettani vizsgálata* : Carcinoma scirrhumot derített ki a daganat felületes részének elhalásával.

A mesenterialis mirigyekben szintén megtaláltuk a scirrhus jellegzetes szöveti képét.

Mint ismeretes, megkülönböztetünk intussusceptio entericát, intussusceptio colicát a szerint, a mint az Intus a vékony vagy a vastagbeleben székel és végül olyanokat, a melyek a vakbél körül fejlődnek, a melyek között LICHTENSTERN megkülönbözteti az *I. ileo-coecalist*, a melynél ileum és caecum fűződik a colonba, de úgy, hogy a legelől haladó pont az ileocoecalis billentyű. Ez az invag. leggyakoribb. Az *ileocolicát*, a melynél az ileum a coecalis billentyű felett prolabálódik a colonba. Az elől haladó rész az ileum. Végül *I. iliaca ileocoecalist*, a melynél egy már kész intussusceptio iliaca fűződik be a caecumba, illetőleg a colonba. Ezekhez a felsorolt vakbélkörüli intussusceptiók egyikéhez sem hasonlított a mi esetünk, a mennyiben itt a legelől haladó pont éppen a vakbél volt. Mint-hogy a legelől haladó bélrészlet képezi mindig az invaginatio kiin-

dúlási helyét, a mi esetünkben az invaginatiót coecalis colicának kell minősítenünk. Ezen invaginatiós alak WILMS szerint is a ritkábbak közé tartozik. A rendelkezésemre állott irodalomban csupán egy esetet találtam, melyet FRIDRICH ír le, a hol szintén coecum carcinomához csatlakozott a chronicus invaginatio coecalis colica. A beteget bélresectióval sikerült meggyógyítani. A vékonybél intussusceptiók keletkezésének magyarázatára felvett spasmodicus és paralytikus theoriák egymagában nem elegendők a coecum és colon intussusceptiók mechanismusának magyarázására. Ezeknél fontosabb szerepet játszik és mondhatni praedisponáló momentumot képez a mesocolon és mesocoecum longum és egy más fejlődési rendellenesség, a mesenterium commune. Ily momentumok mellett a vakbélben székelő, mozgékony daganatok, pl. polypok, myomák, carcinomák könnyebben lehetnek csupán súlyoknál fogva előidézői az invaginatio coecalis colicának.

Hozzászól: MAKARA tanár.

II. KRENDRICH JÁNOS a nőgyógyászati klinikán operált eseteket mutat be:

1. *Elgenyedt intramuralis fibromyoma* esete.

Az emberfejnyi tumoros méhnek, mely supravaginalis amputatióval fogókkal vagy dugóhúzóval való rögzítés és kisebbités nélkül lett eltávolítva, elülső falában egy teljesen elgenyedt fibromyoma foglal helyet. A sűrű zöldes geny, melyben staphylococcusok találtak, mennyisége másfél liter volt. Az intramuralis fibromyomák elgenyedése a ritkább esetek közé tartozik, mert aránylag jól védettek a bacterium invasio ellen: a bemutatott esetben is a tumor felszíne az endometriumtól mindenütt legalább 1 cm.-nyi réteg által elválasztott. Ritkasága mellett is kell azonban rá gondolni műtéténél, mint ebben az esetben is történt, nehogy az infectiosus anyag a hasürbe jutva, megzavarja a műtét prognosist.

2. *Graviditas tubaria*. 25 éves I. paránál 2½ hónappal utolsó menstruációja után göresök léptek fel, majd elsápadt. Következő nap háromszor ájult el. Négy nap mulva kereste fel a klinikát. Laparotomia. A bal tubán levő csaknem ökölnyi véralvadékkal borított, eltávolított képlet megnyitásánál tiszta magzat víz ürül. Peteleválásnak semmi nyoma. A 2½ hónaposnak látszó foetus feltűnően ép úgy, hogy a megrepedt tuba falból újabb vérzések lettek volna várhatók. A hasürben foglalt nagymennyiségű híg és aludt vér eltávolított. A betegnél ez első napokban kisebb hőemelkedések voltak.

3. A medence üregből kiindult *echinococcus tömlő*.

A nagy cysticus képlet a hüvelyt és a méhet előre és fel a symphysis mögé nyomja; alul a Douglasban, fent a hasat erősen feszítve 4 ujjnyira a proc. xiphoides alatt végződik. A sovány

nő legnagyobb haskerülete 82 cm. Has megnyitása után a hasfalhoz nőtt tömlő megnyitása és teljes kiürítése. A merev falú üreg lehető kisebbítése céljából a metszéstől kiindulóan a tömlőfal egy részének eltávolítása, a szabad szélek kiszegése. Drainezés a hüvely felé. Eleinte bővebb genyeddéssel az üreg gyorsabb kisebbedése. Hat hét múlva hasseb elzárattott, majd a tömlő üregből még fennmaradt keskeny granuláló rés eltünése után hüvely drain is elmarad. 2 $\frac{1}{2}$  hónapi kórházi tartózkodás után teljes gyógyulás. A nemi szervekből és medenczéből kiinduló echinococcusok elég ritkák. Leggyakoribb kiindulási pontjuk a hátsó medenczefél kötőszöve, majd pedig a retrocervicalis kötőszövet. Jelen esetben retrocervicalis kötőszövetből indult ki, növekvése közben felemelte maga előtt a Douglas redőt, a méhet és hüvelyt pedig a symphysishez tölta.

*Hozzászól: SZABÓ tanár.*

A tiszta véletlen, hogy az első esetnél a daganat rögzítését kézre lehetett bízni s így a daganat felmetszésénél akadtam a ritka leletre, 1 $\frac{1}{2}$  liternyi tályogra. A második eset bizonyítja, hogy a petevezetőnek terhes tömlőjét mielőbb el kell távolítani, mert ismételt belső vérzés is még életképesen tartja meg a petét s így újabb vérzések következhetnek be, a jelen esetben újabb vérzés könnyen vezethetett volna elvérzésre.

Az echinococcus tömlők kezeléséről itt folytatott eszmecserénél felszólaló a gyökeres kiirtás hívének vallotta magát, a bemutatott esetben mégis elállott ez elvétől. A tömlő a hasfalzattal mindenütt össze volt növe, megnyitása és teljes kiürítése tehát úgy történt, hogy a hasüregbe a tömlő bomlott tartalmából semmi sem jutott. Az előző hőemelkedések, a beteg megviseltsége, a daganat mozdíthatlansága eltokolt izzadmány lehetőségére utaltak, ezért választotta a tartalom kiürítésének leírt módját, a mikor is a kis hólyagosák a daganat természetéről felvilágosították. A szakadékony tömlőfal nemesak a hasfallal, de a medence falával, a belekkel is össze volt növe, leválasztáskor erősebben vérzett és tartani lehetett attól, hogy a hasüreg elkülönítése a tömlő üregétől nem lesz keresztülvihető a leválasztás további erőszakolásánál, azért azt beszüntette és a hasseb, valamint hüvely felé nyílást hagyott, illetőleg készített a váladék levezetésére. Az üregnek erős kisebbedése után második műtételnél majdnem tökéletes eltávolítás sikerült s így a természetes gyógyulás segélyével, kétszeri beavatkozásra sikerült elérnie azt, a mit az első műtételnél túlságosan veszélyesnek tartott.

III. MAKARA LAJOS előadása: „A gégekírtásról és a gégenélküli hangképzésről“. (Megjelent a „Gyógyászat“ 1912. évf. 46. számában.)

Annak bizonyítására, hogy a gégenélküli állapot nem olyan

szomorú, mint a minőnek tapasztalás nélkül vélnők, bátorkodom e beteget bemutatni.

Dr. F. E. 43 éves földbirtokos 1911 márcziusban lett beteg. Baja makacs rekedtséggel kezdődött, mely ellen úgy a sós belégzések, mint a helyi kezelés eredménytelen volt. Juniában GYERGVAI m.-tanár epitheliomára gyanúsna mondotta baját s ajánlatára a beteg más, budapesti gégeorvosokhoz is fordult. A budapesti kór-szövetvizsgálók véleményei azonban ellentmondók voltak, egyik epitheliomának tartotta, a másik egyszerű papilomának, nem zárva ki a lueses származás lehetőségét sem. Miért is a beteg, daczára a WASSERMANN-reactio tagadó voltának, időközben jód-, higany- és salvarsan-gyógymódot is használt. Ilyen odysseák után fordult 1911 aug. 29.-én hozzám, de a már súlyos helyi elváltozás daczára csak a jobb hangszalagon ülő daganat eltávolításába egyezett bele.

A műtétet laryngofissio után aug. 31.-én végeztük. A daganat a gége jobb felében úgy a valódi, mint a Morgagni tasakon át az álhangszalagra ráterjedt, a mélyben a porczig ért, azért is kimetszése után a sebfelületet galvanocauterrel is megégettük. A beteg szept. 17.-én gyógyultan távozott.

A műtéti lelet és szövettani vizsgálat eredménye, mely szerint a daganat carcinoma polymorphocellularenak bizonyult, nem igen biztatott a gyógyulás tartóssága iránt. Csakugyan a beteg állapota néhány hónap mulva újra rosszabbodni kezdett s lélegzési nehézségei miatt 1912 márcz. 30.-án légsömetszést kellett végezni, mert a gégekiirtásba magán körülményei miatt még mindig nem egyezett bele. Ekkor már általános egészségi állapota is szenvedett, halvány lett, megfogyott, étvágya megromlott, többször hányásingere volt. Végre 1912 május 9.-én újra fölvetette magát a klinikára, most már azon elhatározással, hogy a szükségesnek mutatózó féloldali, vagy teljes gégekiirtásba beleegyezik. A teljes gégekiirtást május 11.-én végeztük Glück szerint, mert a daganat kiújulása meghaladva a hátsó commissurát, a bal hangszalag hátsó harmadára ráterjedt. Eltávolítottuk egyidejűleg a jugularismenti nyirok-mirigyeket is, bár azok megnagyobbodtak nem voltak. A garatvarrat 8 napig jól tartott, azontúl a 16. napig némi közlekedés mutatkozott a garat és a sebüreg közt, de azután a sipoly záródott, a kötés száraz maradt. A klinikáról május 31.-én távozott 3 ctm. hosszú, tiszta sebbel a középvonalban, melybe még egy kevés gaze bevezethető. Megjegyezzük, hogy a beteget az első nyolcz napon esővön át tápláltuk, bár vizet már a 4. napon tudott nyelni.

Távozásakor suttogó beszédével meg tudja már értetni magát, de hangját csak közlőlől lehet meghallani.

A bemutatott gégen látjuk az epiglottist és az első trachealis porczgyűrűt, látjuk a jobb gégefélről a balra átterjedő daganatbur-

jánzást, mely már részben áttörte a porczvázat is az első műtét helyén.

Ma a beteg általános egészségi állapota kifogástalan, daczára, hogy azóta régi, ismétlődő iritise miatt két ízben is kellett iridektomiát kiállania. A kivarrt tracheanyilásban kanült visel, bár e nélkül is jól lélegzik. Beszélőképessége fokozatosan javult úgy, hogy ma, a mint méltóztattak hallani, sajátyszerű garatbeszéde messzire megérthető, hangos. Szóval suttogó beszéde tanítás nélkül átalakult az úgynevezett áhangképzéssel járó garatbeszéddé. Ezen átalakulás menetét, mint intelligens beteg, jól megfigyelte s megfigyeléseit pontosan tudja közölni. Közlései megerősítik az e téren közölt tapasztalatokat.

Ezután foglalkozik bemutató a gégerákokkal, a műtéti technikával és a hangképzéssel.

### XIX. szakülés 1912. november hó 9-én.

Elnök: KLUMÁK ADOLF.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. BÜCHLER DEZSŐ: *Gümös alnextumor operált esete.*

F. év tavaszán K. Z. 23 éves nőbeteg azon panaszokkal keresett fel, hogy 7 év óta meg-megújulóan alhasi fájdalmai vannak.

Tisztulását 16 éves korban kapta meg. K. b. u. azon időtájt kezdődtek fájdalmai, melyek eleinte csak járkáláskor, dolgozásokor jelentkeztek, míg azután gyakran hetekig, hónapokig állandósultak; több ízben volt fekvőbeteg, csak 18 éves korában, férjhez menetele idején volt közel egy éves szünete, a közösülés azonban rendszeren fájdalmakat okozott. Időnként rendetlen vérzések mutatkoztak, a mennyiben néha egy hónapig is volt, máskor heteket késett, vagy 2 hétre megjött. Nullipara. Vizsgálat előtt 7 hét óta fekvőbeteg.

Vizsgálatkor halavány, beteges arczzsínű nőbeteg. Tüdők, szív részéről nem található eltérés; vizeletben fehérje nyomokban, górcső alatt vese alakelemek nincsenek benne.

Genitalis vizsgálatnál k. b. rendes nagy anteflectált, retroponált méh *jobb* sarkától ujnyi tömött hengerded képlet ökölnyi nagyságú, részben kacsokból összetett képletbe folytatódik, mely medence *jobb* felében e helyezett, egyik segmentumával méh elé, hólyag közelébe kerül; *bal* old. tojásnyi hasonló, de tömöttebb képlet, hátra medence vájulatába és douglasba kanyarodik; ez mobilisabb; nem nagyon érzékeny.

Beteget 4 heti fektetés alatt észlelem; közben 5 napig menstruál göresökkel és 38°-ig menő hőmérsékekkel az első napokban. Hőmérségei egyébként 37.5°-nál nem emelkednek magasabbra, gyakran napokig láztalan.

Márcezius 11-ikén vizsgálati statusa az elsőtől semmi lényegesen nem tér el, ekkor laparotomia útján az adnexumok eltávolítását végeztem és mivel a méhnek úgy elülső, mint hátsó lapja a leválasztások következtében alig mutatott egy ép foltnyi serosus borítékot, továbbá a tuba csomók helyén is betegnek látszott a méh supravaginalis amputációját fűztem hozzá. Általában a függelékek szívós, erős kötegek által részint csipőtányér, részint belek, Douglas peritoneumával erősen összenőttek, miket teljesen borítják úgy, hogy ez alig található fel és kifejtésük csak nagy nehézségekkel, többnyire éles úton történhetik, közben egy lúdtojásnyi, vékonyfalú, serosus tartalmú cysta megpukkan; elől a jobb old. képlet hólyaggal szélesen összefügg, szinte belenőni látszik, úgy hogy a hólyag megsértése nem volt elkerülhető. Hólyag újjhegynyi sebjét kettős rétegben zártam. Sebület fedése kevés és szakadékonny peritoneummal nem nagyon tökéletes.

Hasseb zárása után hátsó boltozatban készített metszésen át jodoformgázt vezeték Douglasba.

Következő 2 nap beteg elég jól érzi magát, hőmérséke 37-8°-nál nem magasabb.

4-ik napon 39-0° temperatura és 140 érverés mellett has puffadt, hólyagtáján érzékeny, állandó katheteren át kevés vizelet ürül, ellenben ágy keveset nedves.

Douglas drainálási helyén szivárog kevés vizelet, jodof. gaze helyett üveg drainésó helyeztetik be.

Nyilvánvaló, hogy a hólyag varrat insufficient lett. Hevesi STEINER tanár urakkal történt megbeszélésből arra a megállapodásra jövünk, hogy bár szóba jöhetne újabb oldalsebzésen át a hólyagseb elzárása, vagy tamponálása, azonban a beteg állapota újabb, nehezebb beavatkozásra nem biztató és ezért várakozó, exspectatiós kezelési módot választottunk. És tényleg, bár eleinte bővebb vizelet szivárgás következett be a hüvelyen át, mégis a korai peritonealis összetapadások megakadályozták a vizeletnek szabad hasürbe jutását és így sikerült elkerülnünk egy általános peritonitist. Kb. 2 hét alatt a vizelet szivárgás teljesen megszűnt és ekkor az állandó katheter eltávolítása után beteg naponta vizel; hosszabb időn át végzett hólyagmosások után vizelet egészen tiszta.

Beteg lábbadozása és erőrejutása több hetet vett igénybe; később forró lég kezeléseket és melegfürdőket is jól tűri; majd tej és napkúra, valamint odahaza folytatott tápláló kúra mellett teljesen helyrejön, jelenleg 12 kg.-al gyarapodva teljesen jól érzi magát, semmi fájdalma nincs, sem mozgáskor, sem a végezni szokott könnyebb munkák alkalmával. Vizsgálatkor heges kötegek vezetnek cervix csomkjától a medence falához, semmit nem érzékeny. Kiesési tünetek nem jelentkeztek, normalis nemi ingere nem válto-

zott, közösülés nem fájdalmas, teljesen egészségesnek érzi magát. A kivett praeparatumon a felmetszett méh nyálkahártyája épnek látszik, a jobboldali adnexum szövetvényes kanyarulatokkal lefutó tubája hüvelykujjnál vastagabb kiöblösödésében sűrű zöldes geany volt, hasonlólag baloldalt is, jobbold. azonkívül több kisebb-nagyobb serosus cysta.

Már műtét alkalmával említett saajátszerű szívós összenövések, hólyag körül mállékony sarjakkal, valamint tubák isthmusában azok nodosus megbetegedését látva, gyanúsnak tetszett, hogy gümös adnexumokkal van dolgunk, a mit a görcsői vizsgálat be is igazolt.

A tuba falából készített metszetben a nyálkahártya tönkre van menve, gömbsejtes infiltratio, elsajtosodás, helyenként typosus tuberculumokkal, epitheloid sejtesoportok középen egy-egy LANGHANS-sejttel.

Két év előtt a portio erosio papillaris tuberculosa ritka esetét mutattam be, ez alkalommal legyen szabad az adnexumok gümös elváltozásait röviden vázolnom.

Mióta kórszövetteni vizsgálatok kísérik az egyes műtéteket, mindinkább gyakrabban találkoznak az azelőtt ritka gümös női genitale megbetegedéssel. Ez onnan van, mert a tuberculosis legtöbbször szabad szemmel egyáltalán meg nem diagnostizálható változásokat szokott itt előidézni, úgy hogy kizárólag csak a görcsői lelet tájékoztathat teljes biztonsággal, sőt itt is merülhetnek fel nehézségek.

Egyes régibb szerzők WINCKEL, SCHRAMM 1—1½%-ra, újabban ellenben WILLIAMS 8·5, STOLPER 20·5, TURNER 18, sőt POSNER 30%-ra teszik az elhalt gyümököros nők genitális tuberculosisát.

SIMMONDS az összes obducált nők 1⅓%-ban talált genitál-tuberculosisist, nem említi azonban, hogy hány halt meg ezek közül gyümökökóiban.

Gyakoriság szempontjából elsősorban a tubák szerepelnek.

WINCKEL, MOSLER, SPÄTH, DÖNHOF, SCHRAMM, ROSTHORN és mások közléseiből számított átlagban 80—90%-ban a tubák bete-gesznek meg, a fennmaradó százalék megoszlik és pedig az ova-riumok, méh, vagina, vulva legvégül cervix és portio sorakoznak.

Ismeretes HEGAR ascendáló és descendáló elmélete.

A genitál-tuberculosis is lehet *primär*, vagy *secundär*, azonban in vivo a primär genit. tbc. behizonyított diagnosa úgyszólván lehetetlen; azért a legtöbb szerző mindig secundár megbetegedést vesz fel, vagy valamely activ folyamatból, vagy egy régen eltokolt rejtett góczból.

Megemlíthetem itt BAUMGARTEN azon álláspontját, hogy ő a tuberculosisnál az öröklött dispositiót egyenesen elejti és azt állítja, hogy e helyett maguk a bacteriumok jutottak az újszülött szerveze-

tébe és latens állapotban várják a kedvező alkalmat, míg pathogenicus tevékenységüket kifejthetik.

**A fertőzés** lehet *exogen* vagy *endogen*:

az előbbi vagy idegentől származhat;

vagy maga a gümőkóros beteg fertőzheti önmagát gümős-tartalmú végbélexcretuma; geny, köpet által szennyezett ujjakkal; utóbbi vagy *metastaticus haematogen*, vagy *lymphogen* úton;

vagy *per continuitatem* szomszédos szervekről, perit.-ról.

Kedvező körülménynek tartják egyéb bacteriumok által előidézt gyulladási állapotokat, a szülési traumát, puerperiumot, hypoplasiás genitálékat.

Mint egyebütt, úgy a tubákou is mutatkozhatik *acut* vagy *chronicus* formájában; *miliaris*, vagy *conglomerat* typusban.

ROSTHORN, MENGE szerint néha a meningitisek egyes alakjaihoz hasonlóan főleg a gyulladást, genyedést előidéző tulajdonsága szerepel és ilyenkor még tuberculumokat sem lehet találni, csak óriássejteket és esetleg bacillusokat.

Így, vagy pedig conglomerat tuberculumok széteséséből és összefolyásából keletkezhetnek a gümős tubagenyzsákok.

Ha csak nem a peritoneumról terjedt reá, rendszeren a tuba nyálkahártyájában indul meg a folyamat, később meso és perisalpingitist és a szomszédos, esetleg távolesó szervek megbetegedését okozva metast. úton.

Különösen ez utóbbi szempont teszi indokolttá, hogy a hol előrehaladt gümős genitale megbetegedésre lehet gyanúnk, operative beavatkozzunk, de egyébként is ott, a hol évek óta fennálló panaszok mellett az adnexumok minduntalan fel-fellobbanó gyulladási tumora teszi keservessé a nőbeteg állapotát, azt hiszem, legcélszerűbb módja a gyógyításnak, ha azokat eltávolítjuk.

II. GERGELY ENDRE egy *megalorectum et megalosigmoideum* esetet mutat be.

Egy 10 éves, rendkívül lesoványodott, 9-4 kgr. testsúlyú fiúgyermek bonczolatánál (1912 III. 19.) a hasüregben a következő elváltozásokat találta: A *rectum* annyira *kitágult*, hogy teljesen kitölti a kis medenczét s a húgyhólyagot helyéből kitolva, baloldalra szorítja. Az így kitágult *rectum* kiemelkedve a kis medenczéből, átmegey a *colon sigmoideumba*, a mely egyenesen fölfelé halad és némileg csökken tágulattal körülbelül a bordaíveken átfektetett egyenes magasságában megtörtve, jobb oldalra lefelé halad. A mint a *colon sigmoideum* j. o.-on elérte a csípőtányért, tágultsága csökken és egy újabb megtörtéssel a kitágult *colon sigmoideum* részlet mögött haránt irányban áthajlik baloldalra s átmegey a *colon descendens*be. A *vakbél* magasabban fekszik, a *proc. vermiformis* a csípő-

taraj magasságában van. A *colon ascendens* kb. 11 cm. hosszú lefutásban tágult; ezen lefutás után ugyancsak kb. 11 cm. hosszúságban szűkültebb rész következik, mely részben a flexura coli dextrának felel meg. Most a *haránt vastagbél* kacsot, illetve kanyarulatot görbületet képezve, mintegy 9 cm. hosszú darabon ismét kitágult. Erre egy valamivel szűkebb rész következik mintegy 8 cm.-nyi hosszúságban, majd mintegy 15 cm.-nyi hosszúságban a haránt vastagbél s részben a flexura coli sinistra körülbelől rendes tág, mire ismét következik egy tágulat 5 cm.-nyi hosszban. Innen kezdve a *lehágó vastagbél* csaknem rendes tágasságban halad a csípőtányér közepéig, ott ívalakban átmegey a colon sigmoideumba. A vékonybélkacsok, melyeket a kitágult colon sigmoideum takar, fel vannak szorítva a bal epigastriumba, a hol a rendes nagyságú, de feltolt gyomor alatt foglalnak helyet; maguk a vékonybelek rendes tágasságúak. Máj és lép erősen foltosak, a rekesz magasabban fekszik. Vesék helyzete normális, ureterek lefutása rendes. A *mesorectum*, *mesosigmoideum* s a *mesocolon transversum* elongáltak, megnyúltak; legerősebben a mesosigmoideum van kinyúlva s e miatt a tágult colon sigmoideum helyzetéből könnyen elmozdítható. A mesenterium gyökénél rostos szalagok találhatóak, melyek közül egy az ileum legalsó szakaszát, mely összeesett s átmérőjében kisebb, mint a vékonybél többi része, mintegy lefogva tartja.

A rectum s colon sigmoideum erős tágulásán kívül még feltűnik a bélfal *megvastagodása* is, a mely megvastagodás a vastagbél falát is illeti, csak kisebb fokban. A bélfalat összefogva jól érezhető a fal megvastagodása. Legnagyobb a vastagság a megtöretésnél s a rectumnak a flexura sigmoideába való átmenetelénél, utóbbi helyen a bélfal összefogva kb. 5—6 mm. vastag, a colon sigmoideum alsó végének falvastagsága pedig 3—4 mm. A rectumnak a flexurába való átmenetelénél az átmérő 10 cm., ugyanitt a kerület 24 cm.

A végbélbe bélsondát vezetve, nagy mennyiségű bélgáz távozik, mely után a rectum összeesik. Digitalis vizsgálatnál, a mennyire elérünk, a végbélben semmiféle akadályt nem találunk, csupán nagy mennyiségű, tömött tapintatú bélsártömeget tapinthatunk, a mit a flexura áttapintásánál is jól kiérezhetünk.

A sectio többi adataiból csak a bal tüdő alsó lebenyében talált bronchopneumonia caseosa tuberculosa legyen még említve.

Bemutató a bemutatással kapcsolatban, részletesen ismerteti a HIRSCHSPRUNG-féle *betegség* két típusát, azok klinikai tüneteit s plasticus példák felsorolásával a kórboncztani elváltozásokra bőven kiterjeszkedik. Az aetiologia fejtegetése után bemutatott esetét a HIRSCHSPRUNG-féle betegség második típusához sorolja s végül a betegség gyógykezeléséről számol be.

Az eset klinikailag nem diagnostisáltatott. (A bemutatással kapcsolatos előadás egész terjedelmében az „Orvosi Hetilap”-ban jelenik meg.)

### XX. szakülés 1912 november 16.-án.

Elnök: DAVIDA LEO.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. ISSEKUTZ BÉLA előadása: *A gyógyszerek synergismusáról.* (L. Értesítő 181—206. l.)

II. ISSEKUTZ BÉLA előadása: *A digitalin csoportba tartozó mérgek együttes hatásáról.* (L. Értesítő 207—215. l.)

### XXI. szakülés 1912 november 23.-án.

Elnök: KLUMÁK ADOLF.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

ELFER ALADÁR: *A hypophysis infundibularis kivonatának hatása kóros viszonyok között.* (Nitrogén és ásványi anyagforgalmi vizsgálatok.)

Előadó egy, a medenczetájra és alsó végtagra terjedő symetriás kövérségnél végzett a gland. pituit. infundibularis kivonattal (angol készítmények) vizsgálatokat.

Vizsgálatai kiterjednek a *fehérje* anyagforgalom követésére és az ásványi anyagok közül a *kén* (annak különböző kiválasztási alakjai), *phosphor*, *chlor*, *kalium*, *natrium*, *calcium*, *magnesium* vizsgálatára.

A bevitel pontos elemzése mellett feldolgozásra került a vizelet és bélsár.

I. Periodus 5 napra terjed.

II. Periodus 21 napra (pituitrás szak) terjed.

III. Periodus 15 napra terjed.

Vizsgálatainak eredménye a N. kiválasztás csökkenése, a kén kiválasztás nem halad párbuzamosan a N. kiválasztással. Na és chlor retentio, mely a III. periodusban elég jelentékeny.

A II. periodusban feltűnő a *calcium*, *phosphor* és *magnesium* retentio.

Ajánlja az *Osteomalacia*- és *Rachitis*-nél a Pituitrin infundibularis részének alkalmazását.

## XXII. szakülés 1912 november 30-án.

Elnök: DAVIDA LEO.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. BENEDEK LÁSZLÓ. „Szétsugárzó dadogás“ esete, „Dysarthria spastica irradiativa„. (Mozgófényképekkel.)

G. Gy. 23 éves közkatoná, állítólag születése óta szenved betegségében.

Koponyán, arczon, füleken, végtagokon elfajulási jelek. Psyche az igen szűk intelligentiától és hangulatos depressiótól eltekintve ép. Garatmandula megnagyobbodott. Beteg orrlégző.

Kérdést intézve a beteghez, a választ egy sajátos tonico-clonicus, göresszerű együttmozgásokból összetevődő roham előzi meg, melyet bemutató részletesen ír le. Ugyanekkor részletezi a rohamok jellegének megváltozását a beteg különböző helyzeteiben. Beszámol a nyugalmi és beszéd légzés viselkedéseiről, összehasonlítva a normalissal és más dadogóknál találtakkal.

Gyors egymásutánban alkalmazott kérdésekkel a rohamok halmozódása volt elérhető. Beszámol a különböző klinikai kísérletek eredményeiről — az együtt — mozgást és dadogást illetőleg. Vizsgálta a beszéd szervének kóros magatartását a különböző articulációs területek hangzóira. Suttogó beszéd csökkenti, éneklés fokozza a roham intenzitását. Eltér az eset a dadogás szokott képétől a következő jellemző vonásokban:

1. minden magánhangzóra jelen van,
2. nem specificus mássalhangzókra terjed ki.
3. Együttmozgások úgyszólván teljesen elfedik a dadogást, úgy, hogy az csak egy-két objektív tünetből lesz felismerhető.
4. Az együttmozgások összerendezettségé, állandósága saját-szerű.

A tehetős ellenvetéseknek megválaszolása után hangsúlyozza az új dadogási kórforma szükségességét, — „szétsugárzó dadogás“ — „dysarthria spastica irradiativa“ néven.

Hozzászól: LECHNER KÁROLY.

II. IMRE JÓZSEF előadása: *Emlékezés Schulek Vilmos kolozsvári tanárkodására.* Megjelenik a „Szemészet“ -ben.

## XXIII. szakülés 1912 deczember 7-én.

Elnök: DAVIDA LEO.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. GÉBER JÁNOS beszámol: *Nitrogén és kén anyagforgalmi vizsgálatairól* Psoriasis vulgarisnál és HAEMMERLI adataival ellen-

tétben a betegségre jellemző zavarokat nem talált. Tüzetesebben foglalkozik a methodikával és hangsúlyozza, mennyire fontosak ezek ily vizsgálatoknál, nehogy téves adatokhoz jussunk.

*Hozzászól:* ELFER ALADÁR.

II. KISS FERENCZ: *Tanulmány a londoni Royal college of surgeons emberi koponyagyűjteményéről.* (L. Értesítő 216—233. l.)

#### XXIV. szakülés 1912 december 14-én.

Elnök: KLUMÁK ADOLF.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. KENYERES BALÁZS előadása: *A német orvosok és természetvizsgálók Münsterben tartott 84-ik vándorgyűlése.*

II. NAGY SAMU: *Adatok a hasnyálmirigy heveny gyulladásához.*  
Műtétnél biztosan megállapított acut pancreatitissnél végzett olyan vizsgálatokat, melyek chronicusan lefolyó pancreas bántalmaknál mint a diagnosist támogató eljárások beváltak.

Vizsgálatainak eredményét a következőkben foglalta össze:

1. A mennyire az adott viszonyok közt a szervezet N. formájába betekintést nyerhetett, acut pancreatitissnél valószínűleg jelentékeny N. veszteséggel dolgozik a szervezet, a fehérje bontás során előálló N. tartalmú anyagok azonban %-os arányukat illetőleg a normalis viszonyoktól nem különböznek. A N. P. és S kiválasztási aránya a normalistól eltérést nem mutat.

2. Chroniens pancreas bántalmakra vonatkozó azon észleletet, hogy a zsírbontásnak jelentékenyebb, körülbelül 70%-on aluli csökkenése jogossá teszi, hogy a pancreas funkciójának zavarára gondoljunk, acut pancreatitissre is alkalmazhatónak tartja.

3. A trypticus és amylolyticus fermentumok vizsgálata nem eléggé megbízható eljárások ahhoz, hogy épen ilyen kétes esetekben döntő jelentősége lehetne a diagnosist felállításában.

Kiemeli, hogy vizsgálatait acut pancreatitiss biztos esetére vonatkoznak s így e vizsgálatok nem hasonlíthatók össze az idült jellegű, elhúzódó pancreatitisek vizsgálati eredményeivel.

III. STEINER PAL: *Heveny pankreasnekrosis operált esete.*

Heveny pankreasnekrosis kórképével az utóbbi időben élénkebben foglalkoznak, a legutóbbi congressusokon többször megvitatták, mégis több szempontból nincs még a kérdés tisztázva, ezért minden észlelt eset megérdemli, hogy vele a kasuistikát gyarapítsuk és így a kórkép felderítéséhez hozzájáruljunk.

Esetem több szempontból érdekes. 50 éves nő 1912 július hó 28.-án hátára esett, e napon, valamint másnap hasgörcsei voltak.

Julius 30. óta többször csuklik, hányik, azóta teljes szék- és szélrekedés. Julius 31. én a belgyógyászati klinikára vétette fel magát, a hol azt találták, hogy az erőteljes beteg nyelve bevont, nedves, a has főleg a köldöktájon elődomborodó, itt nagy érzékenység és defense állapítható meg. Hőmérsék 36·8—37·1° C., érverés 92—100. Augusztus 1.-én kétszer hányt, teljes szék- és szélrekedés, a has puffadása nem fokozódott lényegesen, a köldöktáj, az epigastrium érzékeny.

Tekintve ezen tüneteket, ileusra tettük a diagnosist, gondolva arra is, figyelembe véve az anamnesist, hogy a beteg a hátára esett, hogy esetleg pankreasvérzés forog fenn. Ez alapou *augusztus 1-én laparotomiát végeztem* a köldök alatt a középvonalban. A hasűr megnyitásakor a csepleszen, a bélfodron számtalan nekrosisos vaj-sárga pettyet és foltot találunk, a melyet zsírszövetnekrosisnak tartunk. A vékonybelek rendes tágságúak, izzadmány a szabad hasűrben nincs. Réteges hasfalvarrás után a gyomorgödörben a középvonalban hatolok be. A hasürből vörhenyes zavaros savó ömlik elő, a colon transversum tágult. A csepleszen itt is nekrosisos pettyek. A lig. gastro colicumot tuppán szétválasztva, a pankreasat szabaddá tesszük, a pankreasat duzzadtnak, vörösnek találjuk. A pankreas köré 1 draint és 3 jodoformcsikot helyeznek oly módon, hogy a pankreas egészben körül legyen tamponálva. A hasfalat rétegesen egyesítjük, csak a tamponoknak és a drainnek hagyunk helyet. A hasfal bőrét nyitva kezeljük.

*Kórlefolyás:* Aug. 2-án a beteg még többször hányt, hőmérsék 37·4° C, érverés 104. Aug. 3-án jobb közérzet, 36·7° C; aug. 4-én pépes sárgásbarna széke volt. Aug. 5-én 5 lencsényi fehéres epekő (cholestearin) távozott a bélsárral; többé nem hányt. Aug. 8-án a 3 jodoform-csikot eltávolítjuk, a drainen át bő genyes váladék ürül. Aug. 27-én a genyedés annyira szűnt, hogy a draint is elhagyjuk. A továbbiakban zavartalan közérzet mellett állandó javulás, a beteg felületes sarjadzó sebbel szept. 27-én elhagyja a klinikát. Ambulans kezelésben 2 hét alatt teljesen gyógyult.

Esetünket epikritice tekintve, kiemelendő: 1. az *anamnesis*, mely szerint trauma, a hátraesés alkalmával állottak be az epigastriumban az első fájdalmak, tán a pankreasba történt vérzés következtében. 2. A *tünetek* közül felemlítendő, hogy teljes ileus volt jelen, teljes szék-szélrekedés, míg a szerzők éppen hangsúlyozzák, hogy az ileus nem teljes. FÁYKISS 6 esetében szintén teljes volt az ileus. 3. A *műteti leletből* kiemeljük, hogy a *colon transversum puffadt* volt, mely tünet GOBIET szerint pankreasnekrosisra jellegzetes. Így találták ezt MANNINGER és FÁYKISS. Továbbá felemlítendő, hogy a BALSER-féle *zsírszövetnekrosist* kiterjedten állapíthattuk meg a csepleszen és a bélfodron. Ezen zsírszövetnekrosist okát ma a pan-

kreasból szabaddá váló fermentumokban látják: a zsírszövet neutralis zsírját a pankreas zsírerjesztője oldható szappanokká és oldhatatlan mézszappanná hasítja (Hess); ezen fermentumelméletet megerősíti FLEXNER, a ki a zsírszövetnekrosiban zsírhasító erjesztőt mutatott ki. A steapsin a zsírszövethez juthat oly módon, hogy a pankreas elhalása alkalmával a zsírszövethez diffundál, vagy a nyirokútakon jut el; vagy a fermentumot tartalmazó pankreassejtek emboliás módon a vérútakon jutnak a zsírszövethez. Kiemelendő még, hogy a pankreas körül genyes-véres izzadmány volt jelen. 4. A *körlefolyásból* hangsúlyozni kell, hogy a műtét után az ötödik napon 5 cholestearinos epekő távozott a bélsárral s így megerősítve látjuk a ma annyit kiemelt disponáló tényezőnek, a cholelithiasisnak a szerepét. OPIE, HALSTED, KÖRTE stb. szerint a pankreas megbetegedések 42%-ában egyúttal epekő is van jelen, KEHR szerint az epekövesek 30%-ában egyúttal a pankreas is beteg. E két baj közötti összefüggést úgy magyarázzák, hogy az epedetak gyulladása átterjed a pankreas fejére és a ductus pancreaticusra. OPIE szerint, ha epekő a VATER-féle papillába beékelődik, úgy a choledochusban, mint a ductus Wirsungianusban pangás jöhet létre, de a két járat között azért közlekedés lehet és így epe juthat a ductus pancreaticusra. OPIE szerint éppen a kis kövek okozzák az epe átjutását, mert a nagy kő a teljes ampullát kitölti s így a két vezeték közti közlekedést megszünteti. Esetünkben szüntén csak lencsényi epekövek távoztak s így nincs kizárva, hogy esetünkre is fennáll az OPIE-féle magyarázat. Az epének bejutása a pankreashoz fokozza a steapsin hatékonyságát s egyúttal nekrotisáló hatást is fejt ki s így érthetővé válnak azok a súlyos nekrosisok, a melyeket ilyen esetekben találunk.

A mi az *eljárást* illeti, melyet követnünk kell, ha heveny pankreas nekrosis diagnosisát felállítjuk, ma azt mondhatjuk, hogy operative be kell avatkoznunk, még pedig mielőbb. Ha vannak is spontán gyógyuló pankreatitisek, a tünetek súlyosságából nem mondhatjuk meg előre, mely esetek hajlamosak spontán gyógyulásra, ezért minden esetben be kell avatkoznunk. KÖRTE 1898-ban a pankreas megbetegedésekről szóló művében heveny pankreasgyulladás esetében a műtét ellen foglalt állást, ma már az aktiv sebészek közé tartozik. KÖRTE-nek az első héten operált 16 esete közül gyógyult 11, a 3-ik héten operált 14 esete közül meghalt a fele, az 5-ik héten operáltak mind meghaltak. A műtéttel oda kell törekednünk, hogy a pankreas elhalásakor felszabaduló toxinok kifelé juszanak, hogy azok felszívódását meggátoljuk, hogy így az általános mérgezési tüneteket, a collapsust kiküszöböljük. Nem áll OCHSNER nézete, hogy a zsírszövetnekrosissal társult pankreasnekrosisek már nem gyógyulnak, példa erre van elég az irodalomban s példa erre a mi esetünk is. A műtétnél igyekeznünk kell mielőbb a pankreast feltárni, a mirigybe tompán hatolunk be, még pedig lehető gyorsan,

hogy a collapsus veszélyét ne növeljük, végezzük gyorsan a drainezést, de ne csak egy ponton, hanem kiterjedten az egész pancreas mentén. a lig. gastro-colicum és a mesocolon transversumon át, hogy izolált nekrosisok ne maradjanak vissza, a melyek mégis halálra vezethetnek, mint GULEKE esetében. Helyesen mondja Mc BURNEY, hatoljunk be oly gyorsan a hasüregbe, a hogy lehet, de még gyorsabban jöjjünk ki belőle. Ép ezért ama ajánlatnak, hogy egyúttal az epeúton is végezzük a műtétet (EBNER, WILLAR, DEAVER) kevés követője van.

A mi az *utókezelést* illeti, arra szabályt nem lehet felállítani. BREWITT szerint ne cseréljük gyorsan a tamponot, mert halálos utóvézések (arrosio) állhat be, mások viszont korai tamponcserét ajánlanak, hogy a pankreasváladék ne halmozódhassék fel. Minden egyes eset külön mérlegelése lesz ezen kérdésben a döntő, esetünkben a tamponcsere a 10. napon történt.

IV. ZACHER PÁL előadása: *Chorion epithelioma malignum egy esete*, készítmény bemutatásával. (I. Értesítő 234—244. 1.)

*Hozzászól:* SZABÓ tanár.

Előadónak előadása is mutatja, hogy az esetek tüzetes görcsői, esetleg kórboneztani vizsgálata nem egyszer növeli azok érdekességét, szokatlan megjelenésüket, vagy ritkább minőségüket kimutatván. A szülészeti és nőgyógyászati klinikára a beteg azzal a panaszszal vétetett fel, hogy ismételt kaparások daczára a vézése nem szűnik. Vizsgálatnál a magas lázas s időnként borzongó betegnél szennyes váladékot s a hátsó hüvelyfalból kinyomható genyet találtam, mire a tályog feltárását s levezetését rendeltem el. Az üreg a végbél körüli kötőszövetbe vezetett, sok coecust tartalmazott, a mi a sepsises metastasist valószínűvé tette, ebből folyólag a húgycsővet körülvevő diónyi göböt is hasonló természetűnek kellett vélnem. A méhben végzett eredménytelen kaparások miatt valamely rosszindulatú folyamatra kellett gondolni. Klinikailag az eset nem volt műtételre alkalmas egyrészt a magas lázak, elesettség miatt, másrészt a hüvelyben áttételi góczok gyanánt felfogott elváltozások miatt, melyek még a méh gyökeres kiirtása után sem biztattak eredménynyel, mert a hüvelyen kívül egyebütt is lehettek áttételi góczok. Az erősen fertőzött hüvely miatt a méhnek kezelésére sem vállalkozhattam kaparás alakjában s így a méhüregben levő elváltozások minőségéről, görcsői vizsgálat által felvilágosítást nem kereshettünk.

A klinikai lelet alapján a beteg valamely rosszindulatú folyamat miatt menthetlennek látszott, a folyamat minőségének megállapítása így maradt a kórbonezolatnak feladata, annak alapos kivétele pedig egy érdekes folyamatot derített ki. Nem ismerjük a vetélés lefolyását s így nem lehetetlen a mola vetélés sem, felvilágosítást az első kaparásnál kapott méhüreg tartalom görcsői vizsgálata nyújthatott volna.